



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA EFETIVAÇÃO DE
UM CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Luciano Belas e Silva Filho

**João Pessoa/PB
2018**

LUCIANO BELAS E SILVA FILHO

**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA EFETIVAÇÃO DE
UM CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Profa. Dra. Ana Tereza Medeiros

Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes

João Pessoa
2018

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586p Silva Filho, Luciano Belas e.

Políticas de saúde mental para efetivação do cuidado
integral na Atenção Básica / Luciano Belas e Silva
Filho. - João Pessoa, 2018.
108 f. : il.

Orientação: Ana Tereza de Medeiros, Ronei Marcos de
Moraes.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Atenção primária à saúde. 2. Reforma dos serviços de
saúde. 3. Saúde mental. 4. Serviços de saúde. 5. Tomada
de decisões. I. Medeiros, Ana Tereza de. II. Moraes,
Ronei Marcos de. III. Título.

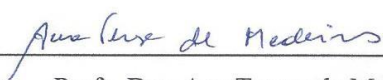
UFPB/CCEN

LUCIANO BELAS E SILVA FILHO

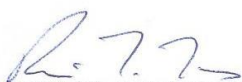
**POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA EFETIVAÇÃO DE
UM CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

João Pessoa, 08 de junho de 2018

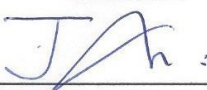
Banca Examinadora:



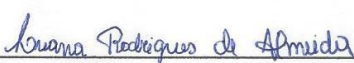
Profa. Dra. Ana Tereza de Medeiros
Orientadora - UFPB



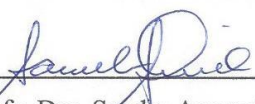
Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes
Orientador - UFPB



Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Membro Interno - UFPB



Profa. Dra. Luana Rodrigues de Almeida
Membro Externo - UFPB



Profa. Dra. Sandra Aparecida de Almeida
Membro Externo - UFPB

Aos meus pais Luciano e Maria do Carmo, por
todo apoio, amor e dedicação. Por todas as
renúncias em busca do melhor para seus filhos.

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, meu Pai todo poderoso, que sempre me fortaleceu, me guiou e esteve ao meu lado nos momentos em que mais precisei. Agradeço por todas as oportunidades, pelo teu amor, pelas bênçãos recebidas e por todas as vezes que me mostrou o melhor caminho a seguir.*

Aos meus pais, queridos e amados, a quem dedico todas as minhas conquistas e vitórias. A eles que não mediram esforços para que eu pudesse realizar meus sonhos, que acreditaram em mim e que sempre estiveram ao meu lado, não importassem as circunstâncias. Agradeço por todos os ensinamentos e por estarem sempre presentes em minha vida.

*À minha esposa, amada e companheira, **Camilla**, que me apoiou em todos os momentos e procurou compreender cada fase pela qual passei, que sempre me fez acreditar que eu era capaz, me incentivando a cada dificuldade encontrada. Agradeço pela paciência e por compartilhar os momentos de alegrias, tristezas e estresses.*

*Às minhas sobrinhas, **Luciana e Niedja**, que Deus colocou em minha vida e me fez entender o significado do amor mais puro. Por quem eu tento ser a cada dia um ser humano melhor. Agradeço por todas as vezes que me receberam com todo carinho e me fizeram, naquele momento, esquecer as tristezas e preocupações. Vocês me fortalecem a cada dia.*

*A todos os meus irmãos e familiares, que de alguma maneira contribuíram para mais essa minha conquista. Em especial à **Lucidalva**, minha irmã querida e companheira, pela amizade e por todo apoio nos momentos difíceis. À **Lucineide** que sempre se preocupou com meu bem-estar e à **Luciene** pelo apoio e incentivo. A minha sogra, **Rosa**, que sempre esteve preocupada com meu bem-estar e disposta a me ajudar sempre.*

*Às minhas grandes amigas, da universidade para a vida: **Débora, Érika, Fabíola, Janaina, Rubênia, Tácia, Thamiris e Thati**. Obrigado por todo o apoio nesse período, por compreenderem minha ausência em muitos momentos, por sempre acreditarem em mim, torcerem pelo meu sucesso e vibrarem comigo nas minhas conquistas. Nossas amizades serão para toda a vida.*

*Aos meus amigos do NDQP, **Estelita, Estácio, Isabela, João e Sibe**le. Vocês foram essenciais nessa caminhada. Sempre me apoiando, incentivando e me proporcionando momentos de grandes alegrias. Em especial à **Isabela e Estácio**, que me ajudaram na transcrição das entrevistas e revisão final do trabalho.*

*Aos meus amigos e companheiros do NASF, **Alice, João, Jorge, Juliana, Karine e Michelle**. Por todo apoio e compreensão neste momento tão delicado e conturbado da minha vida em que me encontraram. Por todas as palavras de carinho, pelas risadas e principalmente pelo acolhimento ofertado. Vocês são demais.*

*Aos amigos que fiz no mestrado, em especial a **Amanda, Camila, Celso, Flávia, Iracema, Jackeline, Rafaela e Rayane**. Vocês foram essenciais na construção do conhecimento interdisciplinar. Agradeço por todo o apoio, incentivo, pela amizade e pelos momentos que passamos juntos. Sem vocês tudo teria sido mais difícil*

*Aos pesquisadores colaboradores, **Alisson, Andrea, Camila, Cícero, Dandara, Gabi, Luciane, Natália, Silmara e Thalita**. Vocês foram fundamentais para o andamento e finalização deste trabalho. Agradeço a todos pela disponibilidade e pela disposição em sempre querer me ajudar. Posso dizer que ganhei novos amigos.*

*Aos profissionais das Unidades de Saúde da Família de João Pessoa, pela disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Sem vocês esse estudo não seria possível. Em especial, à **Laryssa Bezerra**, por todo o apoio durante o processo da coleta de dados e pela sensibilização dos profissionais para participação na pesquisa.*

*À **minha orientadora Ana Tereza**, que se tornou uma grande amiga ao longo dessa caminhada. Agradeço por todos os ensinamentos, cada palavra, cada gesto. Mulher sábia, iluminada, de grande coração. Agradeço pela confiança para o desenvolvimento desse estudo, por cada orientação, pelo incentivo, por ter me proporcionado tantos aprendizados e por me fazer acreditar em um mundo melhor. Você é um exemplo de ser humano e de profissional. Obrigado por tudo.*

***Ao meu orientador Ronei**, por toda atenção prestada, pelas orientações, pelos ensinamentos e trocas de experiências. Pelo desafio da construção do conhecimento interdisciplinar e por*

acreditar em mim para a construção desse trabalho. Por toda a seriedade e comprometimento profissional. Muito obrigado.

***Aos professores do mestrado**, por todos os ensinamentos e trocas de experiência para a construção do saber interdisciplinar. A vocês todo o meu respeito e admiração. **E a todos os profissionais do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde**, pela atenção, pelo carinho e por estarem sempre disponíveis para nos ajudar.*

A todos aqueles que passaram pela minha vida e que de alguma forma contribuíram para quem eu sou hoje.

A todos, muito obrigado. Essa conquista não teria sido possível sem vocês.

“Seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças de maneira crítica”.

(Paulo Freire)

RESUMO

No contexto da Reforma Sanitária, que resultou no Sistema Único de Saúde, a sociedade passou a refletir também sobre a Reforma Psiquiátrica, que trata da assistência prestada às pessoas com transtornos mentais e sobre a compreensão das questões relativas ao louco e à loucura, na busca por um modelo de cuidado que garantisse a integralidade das ações, seu acesso universal e assegurasse a proteção aos direitos humanos. O movimento pela Reforma Psiquiátrica propõe transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, defendendo que só assim será possível a superação do Modelo Psiquiátrico Tradicional. As propostas da reforma pautam o cuidado voltado para o sujeito em seu sofrimento, para o seu território e sua comunidade, considerando o contexto histórico e as necessidades de saúde. Portanto, a Atenção Básica, apesar de se configurar como estratégica para a objetivação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, atualmente, ainda tem como desafio alinhar o cuidado de saúde mental à saúde geral. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo investigar os conteúdos da Política de Saúde Mental – teoria e prática – que caracterizam o cuidado de saúde mental, na Atenção Básica, visando subsidiar a elaboração de um modelo de decisão para avaliação dos Distritos de Saúde do município de João Pessoa. Nessa perspectiva, foram adotadas duas abordagens metodológicas: a qualitativa e a quantitativa. A abordagem qualitativa foi realizada para identificação dos temas qualificadores e consequente alinhamento às categorias tomadas a priori, que são os dois modelos de saúde existentes na sociedade atualmente: o Modelo Tradicional de Saúde e o Modelo Ampliado de Saúde. Posteriormente foram atribuídos pesos para cada variável do instrumento utilizado na pesquisa de abordagem quantitativa. Esta última foi desenvolvida com os profissionais de 80 unidades de saúde da família que, ao responder ao instrumento sobre as ações de saúde mental, na Atenção Básica, permitiu a avaliação e caracterização das unidades de saúde da família dos distritos sanitários em: Vinculada ao Modelo Tradicional, Próxima do Modelo Tradicional, Em Transição, Próxima do Modelo Ampliado e Vinculada ao Modelo Ampliado. O modelo de decisão utilizado, no estudo, foi baseado na Teoria Clássica dos Testes que permitiu a verificação de que as decisões “Em transição” e “Próxima do Modelo Ampliado” foram as mais frequentes para todos os distritos. Nesse sentido, foi possível evidenciar o potencial do modelo de decisão desenvolvido, no presente estudo, enquanto ferramenta de avaliação, no contexto da Atenção Básica. As informações obtidas através do modelo de decisão mostram-se úteis para um melhor entendimento do processo de trabalho das equipes e por permitir a tomada de decisões mais acertadas para o problema recortado.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Reforma dos serviços de saúde; Saúde mental; Serviços de saúde; Tomada de decisões.

ABSTRACT

In the context of the Sanitary Reform that resulted in the Unified Health System, the society also began to reflect on the Psychiatric Reform, which deals with the care provided to people with mental disorders and on the understanding of the relative issues to crazy and madness, in the search for a model of care that would guarantee the integrality of the actions, their universal access and ensure the protection of human rights. The Psychiatric Reform movement proposes transformations of practices, knowledge, cultural and social values, arguing that only in this way will it be possible to overcome the traditional psychiatric model. The proposals of the reform guide the care directed towards the subject in his suffering, for his territory and his community, considering the historical context and the health needs. Therefore, the Basic Attention, although it is configured as strategic for objectifying the assumptions of Psychiatric Reform, currently still has the challenge of aligning mental health care with general health. In this sense, the present study aims to investigate the contents of the Mental Health Policy - theory and practice - that characterize Mental Health care in Primary Care, aiming to subsidize the elaboration of a decision model for the evaluation of Health Districts from the municipality of João Pessoa. From this perspective, two methodological approaches were adopted: qualitative and quantitative. The qualitative approach was carried out to identify the qualifying themes and the consequent alignment to the categories taken a priori, which are the two health models existing in society today: the Traditional Health Model and the Expanded Health Model. Subsequently, weights were assigned for each variable of the instrument used in the quantitative approach research. The latter was developed with professionals from 80 family health units that, in responding to the instrument on mental health actions, in Primary Care allowed the evaluation and characterization of the health units of the family of health districts in: Linked to the Model Traditional, Next to the Traditional Model, In Transition, Next to the Expanded Model and Linked to the Expanded Model. The decision model used in the study was based on the Classical Theory of Tests (CTT), which allowed the verification that the "In Transition" and "Next to the Expanded Model" decisions were the most frequent for all districts. In this sense, it was possible to highlight the potential of the decision model developed, in the present study, as an evaluation tool, in the context of Basic Attention. The information obtained through the decision model is useful for a better understanding of the work process of the teams and for making better decisions for the problem cut out.

Keywords: Primary Health care; Health care reform; Mental health; Health services; Decision Making.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Atribuição dos pesos para cada tema qualificador.....	48
Quadro 2 -	Atribuição dos pesos para cada variável.....	49
Quadro 3 -	Tomada de decisão e avaliação das Unidades de Saúde da Família.....	50
Quadro 4 -	Temas qualificadores relacionados à Concepção Ampliada de Saúde.....	52
Quadro 5 -	Temas qualificadores relacionados à Concepção Tradicional do processo saúde-doença.....	53
Quadro 6 -	Decisão final para as unidades participantes do enfoque qualitativo.....	72
Quadro 7 -	Índice avaliativo e decisão final para as unidades participantes do enfoque qualitativo.....	73
Quadro 8 -	Confrontação entre as decisões finais do enfoque qualitativo e quantitativo.....	74
Quadro 9 -	Decisão final para as unidades participantes do enfoque qualitativo após o ajuste do modelo.....	75
Quadro 10 -	Confrontação entre as decisões finais do enfoque qualitativo e quantitativo após o ajuste do modelo.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Unidades de Saúde da Família participantes por Distrito Sanitário de Saúde.....	77
Tabela 2 -	Decisão final para as Unidades de Saúde da Família participantes por Distrito Sanitário de saúde.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCT	Teoria Clássica dos Testes
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	GERAL.....	20
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS.....	21
3.2	SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM A ATENÇÃO BÁSICA.....	24
3.3	A INVISIBILIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÃO TRADICIONAL DO PROCESSO SAÚDE- DOENÇA.....	27
3.4	CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL.....	28
3.5	MODELOS DE DECISÃO APLICADOS À ÁREA DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA.....	30
3.6	PSICOMETRIA.....	33
4	METODOLOGIA.....	37
4.1	ENFOQUE QUANTITATIVO.....	37
4.1.1	Tipo de Estudo.....	37
4.1.2	Cenário do Estudo.....	37
4.1.3	População/Critérios de Inclusão.....	38
4.1.4	Coleta de Dados.....	38
4.1.5	Instrumentos.....	38
4.2	ENFOQUE QUALITATIVO.....	39
4.2.1	Tipo de estudo.....	39
4.2.2	Técnica para a produção do material empírico.....	40
4.2.3	Técnica para a análise do material empírico.....	42
4.2.4	Etapas da análise e análise do material empírico.....	44
4.2.5	Discussão do material empírico.....	45
4.2.6	Aspectos Éticos.....	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47

5.1	TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	47
5.2	MODELO DE SUPORTE À TOMADA DE DECISÃO.....	50
5.3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	51
5.4	ANÁLISE DESCRITIVA E O MODELO DE DECISÃO.....	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	85
	Apêndice A – Questionário sociodemográfico.....	94
	Apêndice B – Instrumento acerca das ações de Saúde Mental na Atenção Básica	95
	Apêndice C – Questão norteadora para entrevista semiestruturada	103
	Apêndice D - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	104
	Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	106

1 INTRODUÇÃO

Desde os anos 1970, a assistência à saúde vem sendo questionada e novos modelos são formulados, no campo do cuidado. Na atualidade, há uma perspectiva de mudança em alguns elementos do Modelo Tradicional no sentido de alcançar o modelo requerido pelo movimento da Reforma Sanitária. No bojo desse movimento pela Reforma Sanitária, o movimento pela Reforma Psiquiátrica – RP, propôs novas formas de assistência à saúde mental, como consequência de um contexto histórico e social no qual a exclusão era a tônica do cuidado destinado às pessoas em sofrimento mental, atendendo ao modelo hospitalocêntrico (TENÓRIO, 2002).

No sentido da desconstrução desse contexto, o movimento pela RP se debruçou sobre o combate à lógica da medicalização e do modelo de exclusividade biomédica, direcionando o foco da doença para a pessoa em sofrimento, para seu território e sua comunidade, na tentativa de garantir a integralidade das ações (FUNK et al, 2008). Desse modo, um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica tem sido alinhar o cuidado em saúde mental ao escopo da Atenção Básica (AB). As ações, nesse nível de atenção, facilitam o cuidado na medida em que perpassa o âmbito individual e o coletivo, trabalhando com foco no território, voltado para a promoção da saúde e para a prevenção de agravos (HISCOCK et al, 2012; JORGE; SOUSA, 2013).

De acordo com Moreno e Moriana (2012), aos poucos, vários países têm se preocupado em integrar os cuidados em saúde mental à Atenção Básica, contemplando o fortalecimento dos cuidados nesse nível de atenção, como preconizados pelos pressupostos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Porém, apesar dos esforços no plano das intenções das políticas públicas, observam-se limitações na inserção desse cuidado, por motivos que vão desde a insegurança dos profissionais para lidarem com a demanda da saúde mental até a fragmentação da assistência, passando pela redução das ações, pelos encaminhamentos e pela medicalização simplesmente (FICKEL et al, 2009).

Pressupomos que, para o enfrentamento dessa realidade, é preciso avançar nas discussões acerca do cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico, pois, mesmo com a evolução científica e com novas propostas, ainda não é realizada uma prática de saúde capaz de contemplar as necessidades dessa população, não atendendo ao princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde – SUS, referente à integralidade. Portanto, investigar a realização das ações de saúde mental na AB requer refletir sobre o modo como a assistência à saúde da

população tem se constituído, contemplando o recorte de nosso objeto de estudo, que se refere ao cuidado integral à saúde, por meio da inserção da saúde mental na Atenção Básica.

Apesar de os profissionais de saúde realizarem, no cotidiano de suas práticas, ações de saúde mental parece que eles não as reconhecem como tais e é comum o surgimento de dúvidas, curiosidades e receios sobre o cuidado a ser prestado, em decorrência do senso comum sobre a especialidade do cuidado em saúde mental. Não é raro deparar-se com profissionais que se julgam despreparados para lidar com os indivíduos em sofrimento psíquico. Neste nível de complexidade, as intervenções em saúde mental precisam ter visibilidade, ou seja, ser reconhecida por quem a pratica e serem construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários.

Preocupado em mensurar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos na AB, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da portaria nº 1.654 GM/SM de 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2012). A portaria supracitada foi revogada pela portaria nº 1.645 de 2 de outubro de 2015, reafirmando o objetivo do PMAQ em:

induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015, p. 1).

Através de entrevistas com os profissionais das equipes de Atenção Básica, o PMAQ procura averiguar o comprometimento com as ações realizadas para melhoria do acesso e qualidade dos serviços prestados aos usuários (BRASIL, 2012). Dentre as ações investigadas, encontram-se aquelas voltadas para a promoção da saúde mental dos sujeitos.

Na perspectiva da avaliação, análise e diagnóstico de equipes, serviços e ações na área de saúde, várias são as tecnologias que vem sendo aplicadas com o propósito de responder a questões particulares e auxiliar o mecanismo de planejamento e tomada de decisão pelos gestores (SIMON, 2015).

Com a finalidade de analisar a situação do trabalho com determinantes sociais da saúde em um Programa Saúde da Família, Dowbor e Westphal (2013) utilizaram a técnica de Análise de Correspondência Múltipla e análise de agrupamento. Dessa maneira foi possível determinar quais atividades relacionadas à determinação social da saúde estavam sendo contempladas pelas equipes de saúde da família e quais formas de abordagem da promoção da saúde estavam sendo utilizadas. No estudo, as autoras puderam identificar diferença

significativa quanto à abrangência dos determinantes sociais de saúde trabalhados nas unidades quando comparadas por regiões da cidade (coordenadoria Norte, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Leste).

Em seu estudo, Castro (2017) utilizando dados da base de avaliação externa do PMAQ construiu um sistema de apoio à decisão com o algoritmo Árvore de Decisão para definir sobre os perfis predominantes de ações de saúde mental na AB, caracterizando as equipes de saúde da família em crítica, muito frágil, frágil, potencial e muito potencial quanto à realização destas ações.

Nesse contexto, é crescente os estudos que buscam utilizar os modelos de decisão para temas relacionados à área de saúde mental e na Atenção Básica. A avaliação dos serviços tem se tornado indispensável para um direcionamento e auxílio à tomada de decisão pelos gestores, assim como para as intervenções a serem realizadas no contexto dos serviços, a exemplo do universo da saúde mental e da AB.

Portanto, partindo do pressuposto de que as ações de saúde mental devem ocorrer no nível de complexidade da AB, visto que é a resposta na prática dos pressupostos teóricos da nova política de Reforma Psiquiátrica, o presente estudo tem como proposta investigar o seguinte questionamento: há a compreensão pelos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre as intenções e ações de saúde mental da política atual a serem realizadas nesse nível de complexidade, que podem afirmar a efetivação da política? Um aspecto importante diz respeito à ausência de um modelo de decisão que auxilie os gestores e profissionais de saúde da família na avaliação e monitoramento das ações de saúde mental na AB, configurando-se como um problema a ser superado com a realização da presente pesquisa.

Desse modo, o estudo se justifica pela necessidade de se investigar se a concepção dos profissionais acerca do cuidado ofertado na Atenção Básica se alinha ao princípio da integralidade e contempla os objetivos traçados pelo Ministério da Saúde, entre os quais os que apontam a inclusão das ações de saúde mental na AB e consolidação de uma Rede de atenção de base comunitária e territorial, implementando uma política de atenção integral e promotora de cidadania.

Para a compreensão global do cerne da pesquisa, será delineada a constituição dos modelos de atenção à saúde mental produzidos ao longo do contexto histórico e social do Brasil. E como, nesse percurso, a assistência em saúde mental foi sendo transformada para se compreender como é importante sua abordagem na atualidade, como política de saúde mental que complementa a política geral de saúde quando integra o cuidado para atender às necessidades sociais de saúde dos sujeitos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar os conteúdos da Política de Saúde Mental – teoria e prática – que caracterizam o cuidado de saúde mental na Atenção Básica, para subsidiar a elaboração de um modelo de decisão para avaliação dos Distritos de Saúde do município de João Pessoa.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as intenções da Política de Saúde Mental por meio dos documentos oficiais – leis, decretos, portarias, etc.;
- Verificar as práticas de saúde mental nas Unidades de Saúde da Família da cidade de João Pessoa;
- Analisar a efetivação entre teoria e prática dos conteúdos da saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica;
- Desenvolver um modelo de decisão, fundamentado na Teoria Clássica dos Testes (TCT), para a avaliação e caracterização das unidades de saúde da família segundo o desempenho de suas respectivas equipes de saúde;
- Auxiliar o processo decisório quanto à caracterização da atenção à saúde mental na AB pelos gestores a nível central e profissionais de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira caracteriza-se por um processo histórico complexo, que resultou em significativa mudança na política de atenção à saúde mental, em busca da transformação e compreensão das questões relativas ao louco e à loucura, nas diferentes sociedades do mundo ocidental. Nesse sentido, o novo enfoque do cuidado desvia o foco da doença e passa a priorizar o sujeito em sua existência (AMARANTE; DIAZ, 2012). Tal processo teve início no final dos anos de 1970 e se fortaleceu, a partir dos anos de 1990, acompanhando e fazendo parte inclusive da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, com vistas à desinstitucionalização do louco e da loucura (BRASIL, 2005; SILVA, 2003).

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica, no país, tomou vulto a partir de denúncias de violência, maus-tratos, abandono de pacientes internados, em hospitais psiquiátricos, condições de trabalho desfavoráveis, além da mercantilização da loucura. O cuidado que atendia ao modelo hospitalocêntrico, de exclusividade biomédica, indignou os profissionais que acabara de adentrar os muros dos hospitais psiquiátricos, levando-os a tornar pública a realidade dos manicômios. Assim, em 1978, em resposta às péssimas condições de trabalho e ao tratamento precário e desumano praticado nas instituições, os trabalhadores de saúde mental indignados com a qualidade de assistência prestada iniciam o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que assume posição contrária ao chamado saber psiquiátrico do modelo hospitalocêntrico tradicional (BRASIL, 2005; PITTA, 2011; SILVA, 2003).

As bandeiras de luta do MTSM baseavam-se no conteúdo das denúncias e buscavam o respeito aos direitos humanos dos usuários, melhores condições de trabalho e o combate à mercantilização da loucura, marcada pelo aumento desordenado do número de hospitais psiquiátricos privados financiados pelo sistema público (DELGADO, 1986; GENTILE DE MELLO, 1969).

Do movimento emergiu o Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1979, que proporcionou a articulação entre os trabalhadores da saúde mental de diferentes estados (Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo). Um episódio importante ocorrido também, neste ano, foi a visita de Franco Basaglia ao Brasil. Ele foi um médico psiquiatra

precursor do Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana e criticava veementemente a assistência psiquiátrica tradicional, na qual o foco de intervenção era a doença, reduzindo o indivíduo à patologia. Durante sua estadia, no Brasil, realizou visitas a serviços públicos, tendo maior expressão sua visita ao Hospital Colônia de Barbacena, na qual Basaglia comparou o hospital a um campo de concentração (AMARANTE, 1996).

Mais tarde, em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, promovendo novas articulações em favor da Reforma Psiquiátrica, que se estendeu a outros estados do Brasil, com o objetivo de superação do Modelo Tradicional. Fruto dessas articulações, o MTSM convocou, neste mesmo ano, o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido na cidade de Bauru, em São Paulo.

O II Congresso foi marcado pela presença de trabalhadores, intelectuais, usuários, familiares e estudantes, unidos em prol da construção de diretrizes e apontamentos para seguimento da Reforma Psiquiátrica. Nesse encontro, nasce um novo ator para lutar pelos ideais da Reforma, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Tal movimento destacou a necessidade de alertar os trabalhadores e a sociedade para a situação em que se encontrava as instituições que prestavam assistência psiquiátrica e como desdobramento dos debates, o II Congresso adotou como lema “Por uma sociedade sem manicômio”, instituindo o dia 18 de maio como o dia Nacional da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2007).

Foi também no II Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental que foi elaborado o Manifesto de Bauru, no qual se afirma o compromisso e o ideal da luta dos profissionais de saúde mental junto à sociedade civil para desconstrução do modelo de exclusão social e discriminação do louco.

Nesse contexto, como desdobramento do movimento de Luta Antimanicomial são produzidas novas propostas de medidas para a reorientação da assistência psiquiátrica, como a criação dos serviços substitutivos, a exemplo do Centro e do Núcleo de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS). Posteriormente, com a criação do SUS, através da Constituição de 1988, o ideal e as propostas da Reforma Psiquiátrica foram incorporadas pela política pública de saúde. Em 1989 o deputado Paulo Delgado deu entrada no Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e o fim dos manicômios, que não foi aceito na sua íntegra, mas subsidiou a lei atual em vigor.

A partir de então, pode-se observar o desenvolvimento, na prática, de ações orientadas pela política pública de saúde em busca da superação do Modelo Tradicional. As propostas consistiam na efetivação de uma rede capaz de garantir atenção integral aos usuários em sofrimento psíquico. No ano de 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental que

incluiu, em seu relatório final, propostas de cuidado aos usuários com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005).

Finalmente, em maio de 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, depois de tramitar por 12 anos no Congresso e no Senado Federal e ser desfigurado o projeto original do Deputado Paulo Delgado. Em dezembro deste mesmo ano, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que chamou a atenção para a afirmação da cidadania das pessoas com transtornos mentais e a reafirmação de uma rede de cuidados comunitária e territorial (AMARANTE; DIAZ, 2012; BRASIL, 2005; SILVA, 2003).

Como desdobramento da aprovação da Lei 10.216 e da realização III Conferência Nacional de Saúde Mental, o governo federal lançou a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial que possui valor estratégico para a mudança do modelo assistencial. Vale ressaltar que foi a partir da Portaria nº 336 que foram incluídos os serviços destinados ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes e aos usuários de drogas (AMARANTE; DIAZ, 2012; BRASIL, 2005).

Desde então, passam-se a valorizar, sobretudo no discurso, o processo de transformação das práticas em saúde mental em seu cotidiano, como ações éticas, pautadas na responsabilização e integralidade do cuidado, colocando em evidência a importância da pessoa produtora de sua própria história, com participação ativa dos diferentes sujeitos sociais.

Em 2004, foi realizado o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial com o intuito de reafirmar os serviços CAPS como estratégicos no cuidado à saúde mental e, em 2010, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, na qual foi realizado o balanço dos avanços, desafios e possibilidades de enfrentamento para garantia de um cuidado em rede e intersetorial (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012).

Apesar de estratégico, o CAPS não se configura como único serviço a prestar cuidado em saúde mental. Foi pensando nessa possibilidade que, em 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 3088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nessa Rede, além dos CAPS estão incluídos os serviços, como a Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF, Consultório na rua, Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de caráter Transitório e os Centros de convivência e cultura); Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à

urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial); Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa) e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos solidários e Cooperativas Sociais).

No sentido de garantir a horizontalidade do cuidado, torna-se imprescindível a aproximação entre os serviços substitutivos e as equipes de AB, que é um serviço estratégico, porque, como porta entrada aos serviços de saúde, iguala todos os que necessitam de cuidados dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2013).

3.2 SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM A ATENÇÃO BÁSICA

No bojo do Movimento pela Reforma Sanitária, organizava-se o Movimento pela Reforma Psiquiátrica que discutia, respectivamente, os aspectos referentes à saúde, motivados pela necessidade de mudanças na assistência à saúde e por um modelo que garantisse o direito à saúde integral, com acesso universal e assegurasse o direito às questões de saúde mental, sobretudo a crítica ao asilo, como lugar social da loucura (CAMPOS et al, 2011).

Tais questões já haviam sido debatidas em nível nacional e internacional nas décadas de 1970 e 1980. A primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, em 1978, resultou na formulação da Declaração de Alma-Ata, que defendia a saúde como um direito humano fundamental e a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do sistema de saúde, sendo o marco para difusão da APS, no mundo. Nessa conferência, houve o consenso de que a promoção e a proteção da saúde das pessoas eram essenciais para o contínuo desenvolvimento social e condição única para a melhoria da qualidade de vida da população de um país (RODRIGUES et al., 2014).

Em 1986, a elaboração da Carta de Ottawa, na Conferência do Canadá, apresentou as condições e recursos fundamentais para ações de promoção da saúde na perspectiva da equidade, a ser realizada nos cuidados primários à saúde. Portanto, as propostas deliberadas nas Conferências apontavam para um sistema de saúde universal, integral, equânime e resolutivo, estando a APS como base do sistema, integrada a outros serviços da rede de saúde (LAVRAS, 2011; RODRIGUES et al., 2014).

A partir de então, observa-se uma ampliação das reivindicações por uma Reforma Psiquiátrica que aproxime a Saúde Mental da Saúde Geral, com a preocupação de pautar o cuidado à saúde direcionado para a pessoa em sofrimento, a família, a comunidade e o território, considerando o contexto social e histórico. Nesse sentido, a AB configura-se como estratégica para a superação do modelo de saúde vigente até aquele momento. Assim, do aprofundamento dos dois movimentos, resultaram as demandas para os serviços primários que determinaram suas modificações, principalmente no que tange ao cuidado em saúde mental. Tal aproximação parte do pressuposto de que a saúde mental não está dissociada da saúde geral (BRASIL, 2013; MENEAR et al, 2014).

Portanto, chama-se atenção para as ações de saúde mental que devem ser realizadas no contexto do território das equipes, respeitando as formas de organização, dinamicidade, cultura, contexto econômico e social da população adscrita. Espera-se, sobretudo, que os profissionais dos serviços de saúde geral ampliem o cuidado em saúde na sua prática diária à população que necessita de cuidado na área de saúde mental, considerando a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo dos sujeitos envolvidos com o cuidado (BRASIL, 2013; FRANKEL et al, 2013; KESSLER, 2012; LAUKKANEN et al, 2010).

Assim, a AB tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde, a autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Tem na Saúde da Família estratégia prioritária para sua expansão e consolidação. Com o intuito de ampliar a abrangência e o escopo das ações, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que são equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, entre cujas funções, está a de atuar de maneira integrada apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Dessa maneira, o desafio da AB está em promover saúde no sentido da integralidade, que segundo Ayres (2009), é o princípio que nos estimula cotidianamente na tentativa de identificar o que pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades singulares. Ainda segundo o mesmo autor, a integralidade é uma categoria analítica, potencializada pela dialogicidade para superações das tensões no interior das práticas de saúde, favorecendo o reconhecimento das necessidades, da integração, da articulação e interações decorrentes do processo de atenção à saúde, estabelecendo o cuidado, como elemento definidor desse processo.

Para Starfield (2002), é na AB que a integralidade assume maior importância estratégica, pois é, por meio dela, que ocorre a identificação, execução e articulação das ações

de saúde, com o intuito de responder às necessidades dos sujeitos, famílias, território e comunidade.

A atenção integral se caracteriza pela necessidade de articulação entre as ações, seja no âmbito individual ou coletivo, evitando que ações dissociadas sejam exercidas. Assim, a integralidade pode ser concretizada a partir de ações e práticas dos profissionais no cotidiano dos serviços (GIDDING; SPIGT; DINANT, 2013; VIEGAS, 2013).

É necessário chamar a atenção para o fato de que o cuidado em saúde mental não é algo que está para além do que já é realizado, no cotidiano da AB. As intervenções concebidas no dia-a-dia da comunidade, respeitando a singularidade do sujeito, o mapeamento dos recursos pré-existentes no território que podem dar suporte aos profissionais e o trabalho em equipe, já são bons indicativos para a construção e efetivação do cuidado, em saúde geral, na qual a saúde mental está necessariamente incluída (BRASIL 2013; GUEVARA et al, 2009).

Preocupado em representar e/ou exemplificar ações terapêuticas que podem ser realizadas pelos profissionais da AB, Chiaverini (2011) lista as seguintes: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; facilitar a comunicação e habilidade para desenvolver empatia; praticar a escuta com o usuário e acolher e considerar suas queixas emocionais.

Considerando que as intervenções em saúde mental são construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, novas ferramentas foram incorporadas como estratégias para construir o cuidado em saúde, dentre elas, o acolhimento. Trata-se de um dispositivo da Política de Humanização do Ministério da Saúde como alternativa para a reorientação da atenção à saúde, caracterizado pela relação de confiança entre o usuário e o profissional ou a equipe, orientado pelos princípios do SUS (BRASIL, 2006; CHAN et al, 2011).

O acolhimento é um processo de escuta qualificada que fomenta a formação de vínculos e relações de confiança mútua, permitindo a construção do cuidado compartilhado, facilitando a reorganização dos serviços e ampliando a qualidade da assistência. Ressalta-se, assim, a necessidade de ouvir atentamente ao usuário em suas queixas e demandas, favorecendo parcerias colaborativas (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

Outro dispositivo criado para concretizar a integralidade proposta pelo SUS é o apoio matricial, que possibilita alterações na tradicional noção de referência e contrarreferência, características do atual sistema de saúde, objetivando assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde, com o intuito de

ampliar a potência de resolubilidade das ações de saúde (BYNG et al, 2010; COSTA et al, 2015; GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Além do acolhimento e apoio matricial, outros dispositivos estratégicos, inclusive comunitários, são utilizados para tentar proporcionar a integralidade do cuidado, entre os quais: o projeto terapêutico singular, os grupos terapêuticos - a terapia comunitária e os grupos operativos -, a abordagem/visita familiar, as Redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência e as oficinas para desenvolver competências para geração de renda (ANDRADE et al, 2010; ANDRADE et al, 2012; BRASIL, 2013; KERSE et al, 2010).

Portanto, um dos desafios das propostas de Reforma Psiquiátrica é a implantação das ações de saúde mental, na Atenção Básica. Apesar de os profissionais de saúde realizarem no cotidiano de suas práticas, ações de saúde, parece que eles não as reconhecem como tais, e é comum o surgimento de dúvidas, curiosidades e receios sobre o cuidado a ser prestado, em decorrência do senso comum sobre a especialidade do cuidado em saúde mental. Não é raro deparar-se com profissionais que se julguem despreparados para lidar com os indivíduos em sofrimento psíquico. Neste nível de complexidade, as intervenções em saúde mental precisam ter visibilidade, ou seja, ser reconhecida por quem a pratica e serem construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários.

3.3 A INVISIBILIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÃO TRADICIONAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O modelo de atenção à saúde ofertado a uma população se caracteriza pela organização estratégica e pelo emprego de tecnologias em saúde para resolutividade dos problemas e resposta às necessidades da população, no âmbito individual e/ou coletivo. É objetivado através das políticas públicas, implementação de programas e implantação de serviços (PAIM, 1999). Portanto, falar em modelos de atenção à saúde requer refletir sobre a formulação das políticas públicas e sobre a transformação das práticas no cotidiano de trabalho, com vistas à mudança do modelo hegemônico (COSTA; MAEDA, 2001).

A necessidade de mudança e reorganização do modelo de atenção à saúde, no Brasil, ganhou maior notoriedade no final dos anos 70, quando os sujeitos envolvidos na luta por mudanças no sistema de saúde vigente deram origem ao movimento que reivindicava a Reforma Sanitária. O movimento criticava o modelo de atenção à saúde por ser de caráter exclusivamente biomédico, voltado às ações curativas e medicalizantes, centralizado, de

atendimento individualizado e que funcionava na lógica da fragmentação do cuidado e do sujeito. Tinha o hospital como seu principal cenário de atenção (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O movimento pela Reforma Sanitária contribuiu significativamente para a construção do SUS, que trouxe um novo conceito de saúde ao considerar a determinação social do processo saúde-doença. O atual sistema propõe os princípios da universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência, como norteadores na produção do cuidado (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

Desde a criação do SUS algumas estratégias vêm sendo empregadas para a reorientação do modelo, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado no ano de 1991, o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 e por fim, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Tais estratégias foram delineadas partindo do pressuposto de que os cuidados primários, ofertados, na Atenção Básica, são essenciais e devem estar ao alcance de todos. A compreensão da AB como reorientadora do modelo de atenção à saúde foi possível graças à Declaração de Alma-Ata (1978) e à Carta de Ottawa (1986) (LAVRAS, 2011; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

No que concerne ao cuidado em saúde mental, por muitos anos a assistência também foi marcada pela fragmentação do cuidado, pautada no modelo exclusivamente biomédico e hospitalocêntrico. Depois do movimento pela Reforma Sanitária e do movimento pela Reforma Psiquiátrica, com o novo modelo de saúde em vigor anunciado, no SUS, as propostas se alinham a um cuidado integral, de base territorial, comunitária, ofertado na AB, capaz de garantir o acesso a qualquer indivíduo. Porém, mesmo com a implantação de um novo modelo de atenção à saúde, regido pelas intenções das políticas públicas atuais, saberes e práticas tradicionais continuam sendo a tônica do cuidado (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

3.4 CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

O atual modelo de atenção à saúde, que se traduz, no SUS, vislumbra as práticas territoriais e comunitárias como prioridades, tendo, na AB e na Estratégia Saúde da Família, elementos para a reorientação e superação do Modelo Tradicional. É partindo do pressuposto de que a AB deve ser “desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas” (BRASIL, 2012, p. 9) e que “deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com

toda a Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012, p. 9) que se apresenta como importante cenário de transformação das práticas e consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Nessa perspectiva, em 2012, o país divulgou sua compreensão sobre AB no seguinte conceito:

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Desse modo, para funcionar de acordo com as intenções da política e apresentar sua correspondência no campo das práticas, a AB deverá orientar-se pelos princípios “[...] da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012, p. 20).

Assim, no sentido da Reforma Psiquiátrica, isso significa que apenas a extinção dos serviços manicomiais e a criação de novos dispositivos, sem o investimento e a ampliação de uma Rede de Atenção à Saúde capaz de abarcar as necessidades da população, juntamente à construção de um novo olhar e de uma nova relação com o louco e com a loucura, dificilmente haverá a superação do Modelo Psiquiátrico Tradicional (AMARANTE, 1995).

Segundo Brasil (2003), as ações de saúde mental, na AB, devem estar articuladas ao modelo de redes de cuidado e em interlocução com outras políticas, para que o cuidado possa ser qualificado no âmbito da intersetorialidade. O autor ainda aborda como princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica as noções de:

noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003, p. 3).

Partindo da premissa de que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, 17 ações preconizadas/apontadas para serem realizadas na Atenção Básica foram identificadas em documentos do Ministério da Saúde considerados para a construção do presente estudo.

3.5 MODELOS DE DECISÃO APLICADOS À ÁREA DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

Tomada de decisão é o processo de análise e escolha de uma ação dentre várias possíveis, com o objetivo de solucionar ou prevenir problemas futuros. Formalmente o espaço de decisão é dado pelo conjunto $\Omega = \{D1, D2, \dots, DM\}$, onde M é o número total de decisões (TURBAN; SHARDAN; DELE, 2011). De maneira geral, a tomada de decisão é baseada a partir de informações disponíveis e requer atenção para as possibilidades e/ou alternativas que levem ao alcance do objetivo. Diversos fatores podem contribuir para a tomada de decisões mais acertadas, desde um processo cuidadoso de reflexão ao uso de metodologias e tecnologias adequadas (COSTA NETO, 2007; MORAES; SOARES, 2016).

É inegável que o ato de tomar decisões está presente no cotidiano do indivíduo e pode englobar desde situações sem muita importância a contextos que merecem uma análise mais aprofundada antes da tomada de decisão. Para situações mais complexas, com o decorrer do tempo, várias ferramentas foram desenvolvidas para auxiliar o homem no processo decisório, dentre eles os modelos de decisão (COSTA NETO, 2007; LOUSADA; VALENTIM, 2011).

Um modelo de decisão é um modelo estatístico, matemático, lógico, uma função que utiliza os dados de entrada e leva a um dos elementos de Ω . Trata-se de uma ferramenta que visa favorecer uma melhor compreensão sobre um problema posto e oferecer subsídios para a tomada de decisão (SANDERSON; GREEN, 2006). Dessa maneira, quanto mais informações forem oferecidas ao modelo de decisão, maior será sua efetividade e menor as chances de ocorrer o erro (TURBAN; ARONSON; LIANG, 2006).

A informática em interação com o conhecimento do homem também contribuiu para o aumento da capacidade em compartilhar informações e conhecimento, o que combinado com métodos científicos resultam nos chamados Sistemas de Apoio à Decisão – SAD. Um SAD é definido como um sistema computacional que auxilia o homem no acesso a informações interativas e imprescindíveis para o apoio à tomada de decisão, aumentando a capacidade de compreensão a partir do tratamento dos dados e utilização de modelos. (TURBAN; ARONSON; LIANG, 2006).

Porém, para a escolha e desenvolvimento de um modelo de decisão ou de um Sistema de Apoio à Decisão há uma metodologia detalhada e adequada a ser aplicada, que deve levar em consideração os dados em questão e a natureza do problema a ser resolvido, para que assim, forneça confiança nas informações e base para a tomada de decisão (EMILIANO et al., 2010; IGNÁCIO, 2010; TURBAN; ARONSON; LIANG, 2006). Para Turban, Shardan e Dele

(2011) o processo de decisão tem início com a identificação do problema, das necessidades, do que é possível fazer a partir da realidade posta e quais informações as quais se tem acesso. Vale ressaltar que, na gestão em saúde, o processo decisório é influenciado por subjetividades, o que requer cautela no momento da escolha e da utilização do modelo de decisão (STEIN, 2010)

Os modelos de decisão destacaram-se, ao longo do tempo, como uma ferramenta potencial para a tomada de decisão acertada, em vários âmbitos, incluindo o da saúde. Estudos realizados na área da saúde demonstram o quanto instituições e gestores já se beneficiaram através dessa ferramenta, já que ao se utilizar dela há uma maior probabilidade de acertos, o que contribui para a resolução de vários problemas detectados no cotidiano do trabalho gerencial (IGNÁCIO, 2010).

Para Gomes, Gomes e Almeida (2002), a utilização dos modelos de decisão ganhou evidência a partir da necessidade de tomadas de decisões mais adequadas em função da escassez de recursos financeiros para as problemáticas a serem resolvidas, pelo fato das decisões anteriores à utilização dos modelos não apresentarem a efetividade e relação custo-benefício satisfatória. Por isso, se fez necessário o desenvolvimento de modelos que apresentassem informações com maior nível de confiança e que pudessem ser interpretadas pelos gestores, a fim de apoiar a tomada de decisão (TURBAN; SHARDAN; DELE, 2011).

Yoshimi Tanaka et al (2015) realizaram um estudo demonstrando o potencial da análise de *clusters*, como ferramenta de apoio à gestão do SUS, ao analisar serviços de saúde de pronto-atendimento, na cidade de São Paulo, através de dados secundários. Por meio do modelo criado, foi possível identificar os problemas mais recorrentes no serviço de pronto-atendimento, a partir das variáveis utilizadas, assim como o direcionamento para a escolha das intervenções para a resolução dos problemas identificados. Os resultados do estudo indicaram que a técnica utilizada tem grande potencialidade e pode ser utilizada pelos gestores para avaliação e monitoramento dos serviços de saúde, em diferentes municípios.

Lucena et al (2012) utilizaram a técnica de análise espacial para investigar a distribuição espacial de violência doméstica contra a mulher, em João Pessoa. Desse modo, o estudo permitiu a produção de um modelo de decisão para identificar as áreas prioritárias com maior risco de mulheres sofrerem danos físicos, emocionais e sociais, e que necessitam, portanto, de intervenção a partir de ações que minimizem a violência doméstica contra a mulher. No estudo foi possível identificar as áreas de alta e baixa incidência deste tipo de violência, como também os riscos que cada bairro apresentava quando comparados ao município.

Em seu estudo Li et al. (2015) objetivaram desenvolver um modelo de decisão para detecção da depressão, com o intuito de apoiar o diagnóstico e auxiliar o monitoramento dos fatores de risco. Utilizando o método K-Nearest Neighbor (kNN), também conhecido como k-vizinhos mais próximos, os autores desenvolveram um modelo que apresentou duas decisões possíveis no espaço decisório: o indivíduo tem depressão ou o indivíduo não tem depressão.

Utilizando as bases da Teoria Clássica dos Testes (TCT) - Psicometria para o modelo de tomada de decisão, Almeida (2015) objetivou analisar as potencialidades dos *serious games* como uma ferramenta pedagógica, na qualificação de profissionais de saúde, para abordagem à violência doméstica contra a mulher. No jogo desenvolvido, o jogador, ao executar as tarefas do jogo (responder as perguntas), provocava uma reação do jogo (inteligência do jogo) através do método de tomada de decisão. O método teve por função monitorar a resposta do jogador e caracterizá-lo em faixas de desempenho (avançar nas tarefas, mudar de nível, alcançar êxito na partida ou não) a partir da pontuação obtida com as respostas, tomando regras baseadas em índices avaliativos. Como principais resultados, observou-se a potencialidade do jogo para despertar as motivações no sentido da aprendizagem sobre o tema e, como ferramenta potente, para orientar mudanças de concepções a respeito do problema.

Nessa mesma perspectiva, o PMAQ utiliza a Teoria Clássica dos Testes para o modelo de tomada de decisão. A certificação do padrão de qualidade atribuída a cada equipe de saúde da família participante do PMAQ é obtida através de uma matriz de pontuação, na qual leva em consideração as respostas dos profissionais ao instrumento, sendo atribuído um peso para cada pergunta, dimensão e subdimensão do instrumento, que, no final, classifica a equipe de acordo com seu desempenho em: muito acima da média, acima da média, mediano ou abaixo da média e insatisfatório.

Do mesmo modo, Salerno (2017) realizou um estudo, com o objetivo de desenvolver um modelo de decisão a partir da TCT, para avaliar o desempenho das equipes de saúde da família a nível nacional. A avaliação do desempenho das equipes esteve relacionada à efetivação das ações de alimentação e nutrição dos municípios que aderiram ao PMAQ e o modelo de decisão construído caracterizou as equipes em muito potencial, adequada, parcialmente adequada, parcialmente inadequada, inadequada e crítica, a partir de um índice avaliativo, obtido através da atribuição dos pesos pelos especialistas para cada ação selecionada no instrumento do PMAQ.

Observa-se que os modelos utilizados para temas relacionados à área de saúde mental e à AB demonstram uma potente alternativa dos métodos estatísticos quando aplicados na

área da saúde. Portanto, considerando que a tomada de decisão deve ter a capacidade de favorecer a solução de problemas ou contribuir para a resolução, o presente estudo utilizou a TCT como um modelo de suporte à decisão, na tentativa de auxiliar os gestores na identificação das Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa que se alinham ao cuidado integral em saúde mental e na tomada de decisão quanto às estratégias a serem delineadas para a efetivação desse cuidado.

3.6 PSICOMETRIA

A psicometria originou-se da inquietação de filósofos, psicólogos e estatísticos em querer medir fenômenos psicológicos e traços latentes, como sensações, emoções e comportamentos humanos (CHACHAMOVICH, 2007). Além da contribuição de estatísticos e filósofos, a psicometria é uma área da Psicologia numa perspectiva estatística, que busca explicar os comportamentos e aptidões, através das respostas dos sujeitos a um determinado instrumento (PASQUALI, 2013).

Aplicadas com maior frequência nas áreas da Psicologia e Educação, a psicometria apresenta-se como teoria e técnica para medir os processos mentais, utilizando-se de um método quantitativo para representar o conhecimento da natureza (atributos não observáveis) com maior precisão (PASQUALI, 2009). Segundo o autor, “a psicometria procura explicar o sentido que têm as repostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens” (PASQUALI, 2013, p. 67) e apresenta duas vertentes: a teoria clássica dos testes (TCT) e a teoria de resposta ao item (TRI).

A Teoria Clássica dos Testes consiste em explicar o escore obtido pelas respostas do sujeito aos itens, representado pelo número de acertos, denominado escore total. Por sua vez, a Teoria de Resposta ao Item preocupa-se com cada item que compõe o instrumento, buscando saber qual a probabilidade de cada item ser acertado ou não, ao mesmo tempo em que analisa os possíveis fatores que influenciam esta probabilidade (PASQUALI, 2013). Desse modo, ao dar enfoque ao escore final, a TCT mede a qualidade dos testes, enquanto o TRI mede a qualidade dos itens (PASQUALI, 2013).

A Teoria Clássica dos Testes é a vertente clássica da Psicometria, e, como dito anteriormente, enfatiza o escore final, ou seja, a soma dos pontos obtidos pelo sujeito nas respostas aos itens de um determinado instrumento. O escore final relaciona-se com a dimensão que o instrumento se destina a medir e, por isso, representa para a TCT importante fator para medir o comportamento do sujeito (PASQUALI, 2013).

No modelo da Teoria Clássica dos Testes são distinguidos três componentes: o escore bruto ou empírico (T), o escore verdadeiro (V) e o erro (E). Esses três componentes relacionam-se entre si, onde temos:

T= escore bruto ou empírico do sujeito, que é a soma dos pontos obtidos no teste

V= escore verdadeiro, que seria a magnitude real daquilo que o teste quer medir no sujeito e que seria o próprio T se não houvesse o erro de medida;

E= o erro cometido nesta medida.

Constituindo o modelo fundamental da Psicometria Clássica, o primeiro postulado enfatiza que o escore bruto do sujeito é a soma do escore verdadeiro e do erro.

$$T = V + E,$$

O escore empírico é a soma do escore verdadeiro e do erro.

Ao considerar que o erro seja uma variável aleatória, com distribuição normal com média zero e variância σ^2 , ou seja, “se sua ocorrência não pode ser predita a partir dos eventos que ocorreram antes dele, isto é, ele é totalmente independente (livre) com relação ao que aconteceu antes” (PAQUALI, 2013, p. 48), sabe-se que a média dos erros é 0 (zero), $\bar{E} = 0$, onde $\bar{E}$ = média dos erros.

Como consequência, a média do escore verdadeiro será a expectativa do escore empírico.

$$\bar{V} = \bar{T} - \bar{E} = \bar{T}, \text{ ou seja, } \bar{T} = \bar{V}$$

O instrumento utilizado neste estudo contém 17 variáveis, cada uma com cinco sentenças para serem assinaladas em verdadeiro ou falso, consideradas variáveis aleatórias. A variável aleatória é uma função cujo valor é determinado por cada elemento do espaço amostral, sendo o espaço amostral o conjunto de todos os resultados de um experimento aleatório (BOLFARINE; BUSSAB, 2005). Segundo Vieira (2016) uma variável aleatória é aquela cujo resultado (valor) depende de fatores aleatórios, ou seja, quando o acaso tem influência em seus valores. Tais variáveis são codificadas por números e podem ser quantitativas discretas ou contínuas e qualitativas ordinais ou nominais, da qual as variáveis binárias são um caso particular. Esta última ocorre quando uma variável aleatória só pode assumir um dentre dois valores possíveis, como, por exemplo, no lançamento de uma moeda,

se o indivíduo ganha, quando sai coroa, atribuímos o número 1 à saída de coroa, e o número 0 à saída de cara. No presente estudo, para cada sentença do instrumento foi atribuído o valor 1 quando a sentença era verdadeira e 0 quando falsa.

Partindo dos princípios da Teoria Clássica dos Testes (TCT), cada sentença das variáveis representou um item e o escore final de cada participante foi alcançado pela soma ponderada dos pontos obtidos em todas as variáveis. Dessa maneira, foi possível avaliar as respostas dos participantes e posteriormente, definir a decisão final para cada unidade.

O escore total de cada participante foi o resultado da soma ponderada de todas as variáveis, ou seja, a multiplicação entre o peso de cada variável e o valor da resposta.

$$ES_{Ti} = \sum_{k=1}^w A_{ik} \cdot P_k$$

onde:

ES_{Ti} = escore total para o indivíduo;

A= ação de saúde mental para o indivíduo i;

P= peso de cada variável;

i= número de indivíduos respondentes.

k= número de variáveis.

w= número máximo de variáveis

i= número de indivíduos respondentes.

Nesse estudo, o peso das variáveis foi atribuído a partir da análise da literatura de áreas técnicas concernentes à saúde mental na Atenção Básica e de escritos de especialistas que dominam a temática.

A pontuação dos índices avaliativos foi obtida através do cálculo da mediana entre os escores totais de cada participante por unidade, sendo a mediana uma medida estatística que separa um conjunto de dados em duas partes iguais (MORETTIN; BUSSAB, 2013).

Quando o conjunto contém um número ímpar de valores, ao ordená-los, a mediana será o valor de ordem dada pela seguinte equação:

$$\frac{n + 1}{2}$$

onde n corresponde ao número de elementos contidos no conjunto.

Caso o conjunto tenha um número par de valores, a mediana será a média dos valores que correspondem às duas ordens centrais, dadas por:

$$\begin{array}{ll} \text{1º passo: Ordem 1: } \frac{n}{2} & \text{Ordem 2: } \frac{n}{2} + 1 \end{array}$$

$$\text{2º passo: } \frac{\text{valor que aparece na ordem 1} + \text{valor que aparece na ordem 2}}{2}$$

Dessa maneira, considerando uma série de cinco valores {3, 4, 7, 8 e 8} qual seria o valor da mediana? O primeiro passo a ser dado é a ordenação (crescente ou decrescente) dos valores e após ordenados, observa-se que o conjunto apresenta 5 elementos e o valor que divide a série em duas partes iguais é o terceiro, ou seja, o número 7. Logo, a mediana é igual a 7.

4 METODOLOGIA

Para atender ao objetivo geral do estudo, que é investigar os conteúdos da Política de Saúde Mental – teoria e prática – do cuidado de saúde mental, na Atenção Básica, para subsidiar a elaboração de um modelo de decisão para avaliação dos Distritos de Saúde do município de João Pessoa/PB, especificamente, a relação entre teoria e prática da saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, observou-se a necessidade de adotar duas abordagens metodológicas: a quantitativa e a qualitativa. Cada abordagem foi realizada em momentos diferentes, e, a seguir, será explicitado o percurso metodológico deste estudo.

4.1 ENFOQUE QUANTITATIVO

4.1.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, e seleção amostral por conveniência. As unidades de saúde da família do município de João Pessoa/PB foram as unidades de análise do presente estudo. Ele foi desenvolvido, no segundo semestre de 2017, com membros da equipe básica de Saúde das unidades de saúde da família.

4.1.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado em João Pessoa, capital paraibana, que conta atualmente com uma população estimada de 811.598 habitantes (2017), segundo dados último censo (2010) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sua densidade demográfica é de 3.421,28 habitantes/km², e sua população apresenta expectativa de vida de 74,9 anos.

O município está dividido em cinco distritos sanitários, nos quais se distribuem os serviços de saúde das diversas complexidades, que formam a Rede de Atenção à Saúde de João Pessoa. No que se refere às Unidades de Saúde da Família, estas estão distribuídas entre os cinco distritos e somam um total de 97 unidades de Saúde da Família.

4.1.3 População/Critérios De Inclusão

A população do estudo foi composta pelas unidades de saúde da família do município cenário do estudo, e os sujeitos da pesquisa foram os profissionais que compõem a equipe básica de saúde da família e que estiveram disponíveis, conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Foram utilizados como critérios de inclusão: ser profissional vinculado à unidade de saúde da família; estar trabalhando, no mínimo, há três meses na unidade de saúde e aceitar contribuir com a pesquisa.

4.1.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por entrevistadores, que foram submetidos a um treinamento prévio, a partir de visitas aos serviços de saúde. Por meio do contato com a coordenação dos Distritos Sanitários, foi possível ter acesso a uma lista atualizada com as unidades de Saúde da Família, suas equipes e respectivos contatos, para que se iniciassem as visitas. No momento da visita, após esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os sujeitos foram convidados a responder aos questionários.

Anteriormente à coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação pela Gerência de Educação na Saúde (GES) da Secretaria Municipal de Saúde, e, só após autorização, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, sendo aprovado sob CAAE 68319117.8.0000.5188. Somente após aprovação pelo Comitê de Ética, deu-se início à coleta de dados.

4.1.5 Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: (1) um questionário (Apêndice A) para a coleta das variáveis sociodemográficas como sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão e (2) um instrumento (Apêndice B) para assinalar as sentenças em verdadeiras e falsas, desenvolvido através de documentos oficiais que preconizam as ações de saúde mental que devem ser realizadas no âmbito da AB.

O instrumento foi desenvolvido partindo da premissa de que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. Ao serem analisados os documentos do Ministério da Saúde, foram identificadas 17 ações preconizadas/apontadas para serem realizadas na AB, contemplado assim, a saúde mental, baseadas no princípio da Integralidade. As ações foram: Abordagem Familiar, Acolhimento, Atenção Domiciliar, Cartografia, Diagnóstico Situacional, Ecomapa, Educação Permanente, Genograma, Grupos, Intersetorialidade, Mediação de Conflito, Práticas Integrativas e Complementares, Projeto Terapêutico Singular, Rede de Cuidados, Redução de Danos, Reunião de Equipe e à Terapia Interpessoal Breve (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que foi realizado um estudo piloto para o teste e validação do instrumento utilizado para a coleta de dados. O instrumento elaborado foi avaliado por juízes, sendo estes, profissionais com pós-graduação, nível doutorado, com experiência na produção de pesquisa e aproximação com as áreas de saúde mental e/ou Atenção Básica. Esta etapa teve como intuito aprimorar o instrumento desenvolvido, qualificando assim o estudo proposto, através de considerações dos juízes, que julgaram a coerência do instrumento.

Posteriormente, o instrumento foi aplicado com uma população independente, semelhante ao do estudo, com objetivo de aprimorar e realizar as alterações necessárias no instrumento antes da realização da coleta. Foi realizada a visita à Unidade de Saúde da Família do Timbó I. Os profissionais que aceitaram participar responderam ao questionário, ficando livre para sugerir modificações ou acréscimo de informações que julgassem necessário. Por fim, foi realizada a análise dos questionários aplicados.

4.2 ENFOQUE QUALITATIVO

4.2.1 Tipo de estudo

Para Minayo (2010), a metodologia de uma maneira geral é o caminho do pensamento que leva o pesquisador à abordagem da realidade, onde os fenômenos se desenvolvem. Por isso, o estudo acerca das práticas de saúde mental, nas Unidades de Saúde da Família, e a efetivação de um cuidado integral não poderia deixar de considerar, além do enfoque quantitativo a abordagem metodológica de cunho qualitativo crítico-reflexivo, para a construção desta pesquisa. A técnica utilizada para análise do material empírico será a Análise do Discurso defendida por Fiorin (1998).

Segundo Minayo (2010), a abordagem qualitativa apresenta-se adequada para se apreender aspectos subjetivos, os quais não se deixam perceber com muita evidência na

realidade posta. Essa abordagem privilegia os sujeitos que possuem os atributos necessários que o pesquisador pretende investigar e está em conformidade para estudos que pretendem analisar discursos e/ou documentos (MINAYO, 2010).

Pope e Mays (2009) chamam atenção para o fato de que a pesquisa qualitativa se relaciona aos significados que os sujeitos atribuem às suas experiências e vivências e a maneira como esses sujeitos compreendem o mundo, buscando assim, interpretar os fenômenos. Do mesmo modo, Gil (1999) afirma que a abordagem qualitativa permite aprofundar a investigação de aspectos relacionados ao objeto de estudo e suas relações, possibilitando a percepção de individualidade e significados múltiplos inerentes ao fenômeno.

Goldenberg (1999) enfatiza que a pesquisa qualitativa não está preocupada com a representatividade numérica, e sim, com o potencial aprofundamento da compreensão dos fenômenos sociais a partir de um grupo. Para Turato (2005), o método qualitativo trabalha com valores, crenças e representações, sendo útil para entender o contexto, onde dado fenômeno ocorre, permitindo aprofundar o entendimento sobre o objeto de estudo.

Nesse sentido, o enfoque qualitativo trata de uma linha metodológica adequada ao objeto do presente estudo, que se refere à prática de saúde mental, na AB, uma vez que tem como objetivo compreender quais equipes das unidades de saúde da família estão contemplando em suas práticas, as ações de saúde mental. Para selecionar os participantes da pesquisa qualitativa, foram sorteadas 15 unidades de saúde da família (três USF por distrito sanitário) e posteriormente, foi o sorteado o profissional que participaria da entrevista em cada unidade.

4.2.2 Técnica para a produção do material empírico

Minayo (2010) apresenta a entrevista como uma das técnicas adequadas para a produção do material empírico, sendo uma das mais utilizada nos trabalhos de campo. As entrevistas podem ser do tipo estruturadas, semiestruturadas e não-estruturadas. Para o presente estudo será adotada o tipo semiestruturado, no qual o entrevistado ficará livre para discorrer sobre o tema, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. A escolha do espaço e do grupo de pesquisa, que, segundo a autora, deve ter sua atuação prática ligada ao delineamento do objeto teórico, tem o objetivo de aprofundar a abrangência da compreensão do grupo social que será entrevistado.

Para Gil (1999), a entrevista pode ser definida pelo seu nível de estruturação, indo desde as mais estruturadas, que predeterminam em maior grau as respostas, até as menos

estruturadas, desenvolvidas de forma espontânea, sem um modelo rígido preestabelecido. Pope e Mays (2009) acrescentam que as entrevistas semiestruturadas são mais flexíveis, permitindo a adequação das questões norteadoras no decorrer da entrevista, a fim de garantir as respostas em detalhes.

Minayo (2010) afirma que a entrevista é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, destinada a construir informações pertinentes para objetos de pesquisas. É iniciada pelo entrevistador, que tem como função abordar os sujeitos com temas pertinentes, tendo em vista os objetivos do estudo.

Para Ribeiro (2008 p. 141) a entrevista é:

A técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores.

Gil (1999) compreende a entrevista como a técnica mais flexível de todas para a produção do material empírico e que é necessário o entrevistador conhecer as vantagens e desvantagens desta técnica frente às outras. Para a aplicação da entrevista o autor enfatiza que o entrevistado deve sentir-se livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão.

Nessa perspectiva a entrevista foi composta de uma grande questão aberta – descreva um dia de seu trabalho – referente às 17 ações preconizadas/apontadas para serem realizadas na AB e que foram abordadas no instrumento quantitativo. As respostas foram gravadas e transcritas na sua íntegra para ser confrontada com as anotações da observação correspondente ao funcionário que as prestou e com o preconizado pelo Ministério da Saúde e pelos autores que refletem e discutem sobre o assunto.

As entrevistas foram realizadas com autorização prévia dos participantes, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a entrevista, o material apreendido foi analisado pelo pesquisador, de acordo com a técnica da Análise de Discurso, defendida por Fiorin (1998).

As primeiras abordagens aos sujeitos da pesquisa foram realizadas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba, CAAE 68319117.8.0000.5188, em local previamente acordado com os sujeitos. Foi realizada uma apresentação pessoal, seguida de explicação acerca do projeto de pesquisa, da sua importância para o pesquisador, para a população e para as instituições, do método que seria utilizado e

dos objetivos com a realização da pesquisa. As entrevistas aconteceram em local, dia e horário pré-agendados sugeridos pelos próprios sujeitos participantes.

As entrevistas foram gravadas na sua íntegra em aparelho digital, com autorização prévia dos entrevistados, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a gravação, o material foi colocado à disposição dos entrevistados, para que pudessem ouvi-lo, e, caso desejassem modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento, poder-se-ia ser feito. Posteriormente, o material foi transcrito e analisado pelo pesquisador. Esta etapa da pesquisa foi no período do segundo semestre de 2017 e, no primeiro semestre de 2018, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 68319117.8.0000.5188).

4.2.3 Técnica para a análise do material empírico

Como citado anteriormente, a técnica utilizada para análise do material empírico será a abordagem crítica de Análise do Discurso defendida por Fiorin (1998). Para o autor, trata-se de uma técnica adequada para interpretar e analisar os discursos dos sujeitos, por ser capaz de identificar as visões de mundo dos envolvidos e, conseqüentemente, suas posições ideológicas. O autor argumenta que o discurso, além de ser a materialização das formações ideológicas, da visão de mundo de uma determinada classe social, também é determinado por elas. Dessa maneira, ao analisar o discurso será possível compreender os sentidos incluídos nele, assim como identificar a posição social dos sujeitos que discursam (FIORIN, 1998).

É a partir desse entendimento que se devem analisar os discursos de forma socialmente contextualizada, já que um discurso não se constitui sozinho, mas, em constante interação com os outros discursos. Por isso, é necessário identificar os temas abordados no discurso, reconhecendo a historicidade dos mesmos, podendo, desse modo, identificar a posição ideológica e a que posição o sujeito se opõe (FIORIN, 1998).

Com relação à estruturação do discurso, Fiorin (1998) apresenta o conceito de semântica e sintaxe discursiva, sendo a semântica o campo das determinações inconscientes (vinculadas à formação social) e a sintaxe o campo da manipulação consciente, no qual o enunciador e/ou falante cria estratégias argumentativas, na tentativa de convencer o interlocutor. Por isso, é necessária muita cautela no momento da análise do discurso, para que não se considerem apenas os vocábulos empregados, mas também o que há por trás das palavras, ou seja, as ideias/visões de mundo manifestadas subjacentemente.

Para melhor entendimento do que seria o discurso, Fiorin (1998) ressalta a necessidade de distinguir o discurso da fala:

O discurso são as combinações de elementos linguísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas frases), usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo. A fala é a exteriorização psicofísico-fisiológica do discurso. Ela é rigorosamente individual, pois é sempre um eu quem toma a palavra e realiza o ato de exteriorizar o discurso (FIORIN, 1998, p. 11).

Fiorin (1998) ainda afirma que a análise de discurso não é uma investigação policial, que o que está sob análise não é se o falante revela ou não sua verdadeira visão de mundo no enunciado do discurso, pois ela não se preocupa com o enunciador real, mas sim com o enunciador inscrito no discurso, pois “o que importa para o analista é que todo discurso desvela uma ou várias das visões de mundo existentes numa formação social. O homem não escapa de suas coerções nem mesmo quando imagina outros mundos” (p. 49-50).

Nesse sentido, o autor supracitado conclui que o discurso é tanto uma prática social cristalizada quanto modelador de uma visão de mundo, determinadas pela posição social do sujeito.

Para Fiorin (1998):

A análise do discurso vai, à medida que estuda os elementos discursivos, montando por inferência a visão de mundo dos sujeitos inscritos no discurso. Depois mostra o que é que determinou aquela visão nele revelada. A concepção do discurso como fenômeno, ao mesmo tempo, autônomo e determinado obriga a análise a voltar-se para dentro e para fora, para o texto e para o contexto, para os mecanismos internos de agenciamento de sentido e para a formação discursiva que governa o texto. A análise, embora não negue a relativa autonomia do discurso, não o vê como uma autarcia, pois a chave para sua inteligibilidade última não está nele mesmo, mas na formação ideológica que o governa. As determinações últimas do texto estão nas relações de produção (FIORIN, 1998, 77).

Assim, a Análise de discurso se apresenta como técnica pertinente para a presente pesquisa, uma vez que, a partir da análise do discurso dos sujeitos entrevistados, poderá ser desvelada a compreensão dos sujeitos acerca das práticas de saúde mental que estão sendo realizadas em seu cotidiano de trabalho, assim como identificar as contradições existentes entre teoria e prática na perspectiva da oferta de um cuidado integral em saúde mental, na AB.

Partindo dessa perspectiva, a análise do material empírico seguiu alguns passos que permitiu o estabelecimento de relações entre os dois aspectos da pesquisa, qualitativo e

quantitativo, e buscou estabelecer articulação entre o material empírico e o referencial teórico-metodológico adotado, na tentativa de responder aos questionamentos e objetivos norteadores do estudo.

4.2.4 Etapas da análise e análise do material empírico

Os passos seguidos foram: organização do material empírico através da transcrição das falas na entrevista; leituras e releituras exaustivas para identificação de temas e posteriormente a identificação de categorias tendo em vista o recorte do objeto de estudo e, em seguida, relacionar o material empírico com os objetivos e com os pressupostos teóricos da pesquisa.

O material empírico foi produzido a partir dos depoimentos obtidos nas entrevistas com os profissionais das equipes básicas das unidades de saúde da família. Para selecionar os sujeitos participantes, foram sorteadas 15 unidades de saúde da família, 3 por distrito sanitário, e em seguida foi sorteado o profissional que participaria da entrevista, respeitando os critérios de inclusão quanto à categoria profissional. Cada sujeito foi questionado sobre suas concepções acerca das ações de saúde mental na Atenção Básica, listadas no instrumento quantitativo, correlacionando com o exercício destas ações no cotidiano de suas práticas.

Iniciando o processo de identificação das categorias, à medida que era realizada a leitura do material empírico foram selecionados os relatos dos entrevistados que traziam os temas pertinentes às questões relacionadas ao objeto de estudo: as ações de saúde mental na Atenção Básica. Em seguida, os temas foram organizados em duas categorias, que foram construídas a partir da análise do material empírico: os que correspondem à **Concepção Ampliada de Saúde** e os que correspondem à **Concepção Tradicional do Processo Saúde-doença**. Vale ressaltar que, à medida que os temas eram identificados, relatos referentes a tais temas foram selecionados.

Após a análise dos relatos dos entrevistados, foi desvelada uma contradição sobre o processo de trabalho dos profissionais no que concerne à realização das ações de saúde mental, na AB. Fica evidente a desarticulação entre teoria e prática, na qual os discursos dos sujeitos se aproximam do discurso politicamente correto (**Concepção Ampliada de Saúde**) enquanto suas práticas ainda permanecem ancoradas na **Concepção Tradicional do Processo Saúde-doença**, retardando a superação paradigmática.

4.2.5 Discussão do material empírico

A partir da análise do material empírico, foram construídas duas categorias: **Concepção Ampliada de Saúde e Concepção Tradicional do Processo Saúde-doença**. O processo de construção das categorias empíricas foi possível ao relacionar as posições sociais discursivas dos participantes com o objeto, com os objetivos e com o referencial teórico-metodológico do presente estudo.

Aos temas qualificadores que corresponderam às categorias **Concepção Ampliada de Saúde e Concepção Tradicional do Processo Saúde-doença** foram atribuídos pesos, baseados na análise da literatura e na conceituação teórica de especialistas. O peso de cada tema qualificador foi utilizado para a determinação dos pesos das variáveis do estudo de abordagem quantitativa e após a atribuição dos pesos para as variáveis, foi possível determinar a soma ponderada total do instrumento utilizado nesta última abordagem. O valor resultante da soma ponderada total foi dividido em cinco quartis, ou seja, foi dividido em cinco parte iguais, considerando o espaço de decisões possíveis. Vale ressaltar que as categorias resultantes da análise do material empírico se desdobraram no espaço de decisões, constituindo as cinco decisões possíveis para o modelo de decisão: vinculada ao Modelo Tradicional, próxima do Modelo Tradicional, Em Transição, próxima do Modelo Ampliado e vinculada ao Modelo Ampliado.

Após obter o modelo de decisão e realizar a confrontação entre os enfoques qualitativo e quantitativo, é necessário avaliar o nível de concordância entre as decisões para as unidades de saúde da família participantes. Se for evidenciado um elevado número de decisões discordantes, tanto o material empírico quanto o modelo de decisão devem passar por ajustes, que podem englobar o rebalanceamento dos pesos ou das faixas de intervalos dos quartis.

Os depoimentos dos participantes permitiram a compreensão das concepções dos profissionais acerca das ações de saúde mental, na AB, apontando para um cenário de mudança de assistência à saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica **ainda em construção**, o que significa que ainda há saberes e práticas tradicionais a serem superadas. Desse modo, as duas categorias construídas podem ser sintetizadas em uma categoria maior: **A Transformação Paradigmática do Modelo de Assistência à Saúde**.

A transformação paradigmática engloba três aspectos dentro dos Modelos de Saúde, são eles: os aspectos políticos; os aspectos relativos à organização dos serviços e os aspectos relativos aos processos de trabalho (SILVA, 2003). Analisando os relatos dos participantes, observou-se que certos conteúdos transitaram entre o **Modelo Tradicional de Saúde** e o novo

modelo proposto nas intenções das políticas. Isso significa que embora muitos participantes consigam identificar e internalizar em seu discurso as intenções das políticas, integrem às equipes de saúde e compreendam a organização estratégica dos serviços, seus processos de trabalho, ou seja, suas práxis (correspondência entre as intenções e o que se realiza na prática), ainda se mantêm ancoradas no Modelo Tradicional de saúde mental.

4.2.6 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, respeitando os princípios éticos, conforme preconiza a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado sob CAAE 68319117.8.0000.5188. Todos os participantes do estudo foram esclarecidos no que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os que concordaram em participar da pesquisa assinaram os respectivos termos.

A coleta dos dados e a produção do material empírico estiveram de acordo com os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, garantindo o anonimato e o sigilo no respeito à autoria das respostas dos entrevistados. Foi assegurado aos participantes da pesquisa o direito de desistirem da participação a qualquer momento, assim como foi garantido também o retorno dos resultados da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica de dados, na qual, cada linha correspondeu a um atributo (unidades de Saúde Família separadas por distrito de saúde) e cada coluna às variáveis.

O instrumento quantitativo foi composto por 17 variáveis (ações de saúde mental) e cada variável apresenta cinco sentenças (itens), que deveriam ser assinaladas em verdadeiras e falsas. Inicialmente foi atribuído o valor 1 (um) para cada resposta correta e valor 0 (zero) para as respostas que o participante errou/não soube responder. Segundo as respostas a essas variáveis, o modelo decidiu a situação das USF quanto à aproximação ou distanciamento do **Modelo Tradicional e Ampliado de Saúde**, o que permitiu identificar a situação dos distritos de saúde do município. Dessa maneira, o espaço de decisões possíveis foram as cinco decisões de acordo com as categorias de análise: $\Omega = \{\text{Vinculada ao Modelo Tradicional, Próxima do Modelo Tradicional, Em Transição, Próxima do Modelo Ampliado e Vinculada ao Modelo Ampliado}\}$.

Para cada variável, foi atribuído um peso através da análise do material empírico produzido no enfoque qualitativo deste estudo. Para a produção do material empírico, foram sorteadas 15 unidades de saúde da família, o que corresponde a três unidades por distrito. Após sortear a unidade, também foi sorteado o profissional que participaria da entrevista, respeitando o critério de inclusão no que se refere à categoria profissional. Eleitos os profissionais, foram realizados contatos prévios e agendado o momento da entrevista. Cada participante foi questionado sobre suas concepções acerca das ações de saúde mental, na AB, listadas no instrumento quantitativo.

A partir da leitura do material empírico da pesquisa qualitativa, foi possível identificar os temas qualificadores contidos nos relatos dos participantes. O processo de identificação dos temas foi realizado para cada variável: Abordagem Familiar, Acolhimento, Atenção Domiciliar, Cartografia, Diagnóstico Situacional, Ecomapa, Educação Permanente, Genograma, Grupos, Intersetorialidade, Mediação de Conflito, Práticas Integrativas e Complementares, Projeto Terapêutico Singular, Rede de Cuidados, Redução de Danos, Reunião de Equipe e Terapia Interpessoal Breve. Assim, as variáveis da pesquisa quantitativa foram também categorias da pesquisa qualitativa.

Após a identificação dos temas qualificadores, foi atribuído um peso para cada um, baseado na conceituação teórica de especialistas que debruçam seus estudos sobre temáticas desveladas na análise do material empírico. O quadro 1 abaixo demonstra a atribuição do peso por tema qualificador.

Quadro 1 - Atribuição dos pesos para cada tema qualificador

Temas qualificadores	Pesos atribuídos
Acessibilidade do cuidado; Acolhimento; Ampliação de recursos; Atendimento às necessidades; Discussão de casos; Integralidade; Manutenção da saúde; Matriciamento; Prevenção; Produção de autonomia; Promoção; Território.	5
Ação compartilhada; Cuidado coletivo; Capacidade de cuidado; Intencionalidade de cuidado; Planejamento das ações; Plano de ação compartilhado; Processo de trabalho; Relações familiares; Resolutividade; Singularidade; Trabalho em equipe; Vínculo; Vivências.	4
Articulação da rede de cuidados; Articulação ensino-serviço; Articulação intersetor; Contextos; Corresponsabilização; Continuidade/Longitudinalidade; Contextos; Identificação de fatores de risco; Interdisciplinaridade; Intersetorialidade; Participação da comunidade; Problemáticas de saúde prevalentes; Rede social de suporte; Referência/contrarreferência.	3
Redução à encaminhamentos	2
Atendimento às demandas, Burocratização das ações; Centralização; Desconhecimento, Descontinuidade do cuidado; Engessamento; Fragmentação; Insuficiência da rede.	1

Em seguida foi observada a frequência com que os temas qualificadores apareceram nos relatos dos participantes em cada variável. Assim, o peso de cada variável foi determinado pela predominância dos pesos dos temas qualificadores. Nos casos em que temas qualificadores de pesos diferentes apareceram com a mesma frequência, gerando um empate, foi considerado para a variável o valor do maior peso. O quadro 2 apresenta cada variável e seu respectivo peso.

Quadro 2 - Atribuição dos pesos para cada variável

Variável	Peso
Abordagem Familiar	3
Acolhimento	5
Atendimento/Visita domiciliar	3
Cartografia	1
Diagnóstico situacional	3
Ecomapa	1
Educação Permanente	5
Genograma	1
Grupos	3
Intersetorialidade	3
Mediação de conflitos	3
Práticas Integrativas e Complementares	1
Projeto Terapêutico Singular	3
Rede de cuidados	3
Redução de danos	4
Reunião de equipe	4
Terapia Interpessoal Breve	1

Após a atribuição dos pesos para cada variável, foi obtido o escore total de cada participante das 15 unidades que fizeram parte do enfoque qualitativo. Em seguida, foi calculada a mediana e a amplitude dos escores totais por unidade de saúde da família, sendo a mediana utilizada como o índice avaliativo para decisão final das unidades em: Vinculada ao Modelo Tradicional; Próxima do Modelo Tradicional; Em Transição; Próxima do Modelo Ampliado e Vinculada ao Modelo. Vale ressaltar que tais decisões foram construídas considerando o critério de aproximação ou distanciamento da unidade com o **Modelo Tradicional ou Modelo Ampliado de Saúde**. Nesse momento houve a confrontação dos resultados oriundos dos enfoques qualitativo e quantitativo com o objetivo de comparar as decisões finais por unidade.

Nesse contexto, o método de tomada de decisão do presente estudo avalia a resposta dos profissionais das USF acerca do conhecimento (aporte teórico) sobre as ações de saúde mental na AB, gerando um escore para cada participante e determinando, posteriormente, a decisão por unidade. A decisão final foi possível através da criação do modelo de suporte à decisão, desenvolvido a partir dos princípios da Teoria Clássica dos Testes, a vertente clássica da Psicometria, no qual o instrumento com as 17 ações de saúde mental foi considerado como

um teste e o escore total de cada participante como a soma ponderada dos pontos obtidos em todas as variáveis.

5.2 MODELO DE SUPORTE À TOMADA DE DECISÃO

A avaliação das unidades de saúde da família foi possível a partir das respostas de cada profissional participante ao instrumento utilizado neste estudo. As 17 variáveis contidas no instrumento apresentavam cinco sentenças, que deveriam ser assinaladas em verdadeiro ou falso. Vale ressaltar que neste estudo o enfoque qualitativo foi de fundamental importância para subsidiar a criação do modelo de decisão, permitindo a atribuição dos pesos para cada variável e a validação da eficiência do modelo com base nas 15 unidades participantes da entrevista.

A soma ponderada total do instrumento é representada pelo valor de 235 pontos. Dessa maneira, foram estabelecidas as decisões por intervalos, considerando as cinco decisões possíveis: vinculada ao Modelo Tradicional; próxima do Modelo Tradicional; Em Transição; próxima do Modelo Ampliado; vinculada ao Modelo Ampliado. Os intervalos foram definidos através da divisão da pontuação total (235 pontos) pelo número de decisões possíveis (cinco), estabelecendo faixas de valores em ordem crescente (quadro 3).

Quadro 3 - Tomada de decisão e avaliação das Unidades de Saúde da Família

Pontuação (intervalos)	Decisão final
0 – 46	Vinculada ao Modelo Tradicional
47 – 93	Próxima do Modelo Tradicional
94 – 140	Em Transição
141 – 187	Próxima do Modelo Ampliado
188 – 235	Vinculada ao Modelo Ampliado

Dessa maneira, ao constatar os escores totais dos profissionais por unidade e a mediana (índices avaliativos) entre estes escores, o modelo apresentou a decisão para as unidades, relacionando o valor da mediana com a pontuação dos intervalos e consequentemente a decisão final.

5.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Neste estudo, a pesquisa qualitativa buscou investigar, com os profissionais das equipes básicas de saúde das unidades de saúde da Família, suas concepções acerca das ações de saúde mental, na AB, correlacionando com o exercício destas ações no cotidiano de suas práticas. Esta etapa teve como objetivo verificar as práticas de saúde mental dos profissionais das equipes das USF e analisar a adequação e efetivação entre teoria e prática da saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, com o intuito de subsidiar o modelo de decisão ao qual se propõe este estudo.

Após a análise dos depoimentos obtidos nessa etapa, foram identificadas duas categorias: **Concepção Ampliada de Saúde** e **Concepção Tradicional do Processo Saúde-doença**. Com a compreensão das concepções dos participantes foi possível a criação de uma grande categoria: **Transformação Paradigmática: uma arena em construção**.

Em cada categoria, foram identificados temas qualificadores que associavam o discurso do participante a uma das concepções desveladas, a partir de cada ação de saúde mental listada no instrumento. Em relação à categoria **Concepção Ampliada de Saúde** o quadro 4 apresenta os qualificadores identificados:

Quadro 4 – Temas qualificadores relacionados à Concepção Ampliada de Saúde

Variável	Concepção ampliada da saúde
Abordagem Familiar	Acessibilidade, Acolhimento, Continuidade/longitudinalidade, Corresponsabilização, Integralidade, Interdisciplinaridade, Necessidades, Prevenção, Resolutividade, Singularidade, Território, Vínculo.
Acolhimento	Acessibilidade, Atendimento às necessidades, Integralidade, Resolutividade, Singularidade.
Atendimento/visita domiciliar	Acesso, Ampliação de recursos, Ação compartilhada, Capacidade do cuidado, Continuidade/Longitudinalidade, Corresponsabilização, Interdisciplinaridade, Manutenção da saúde, Necessidades, Promoção, Resolutividade, Território, Vínculo.
Cartografia	Território, Vínculo, Vivências.
Diagnóstico Situacional	Identificação de fatores de risco, Necessidades, Problemáticas de saúde prevalentes, Território, Vínculo.
Ecomapa	Contextos
Educação Permanente	Acesso, Corresponsabilização, Matriciamento, Necessidades, Processo de trabalho.
Genograma	Relação Familiar.
Grupos	Continuidade/longitudinalidade, Corresponsabilização, Cuidado coletivo, Interdisciplinaridade, Intersetorialidade, Necessidades, Vínculo.
Intersetorialidade	Acesso, Continuidade/longitudinalidade, Corresponsabilização, Intersetorialidade, Necessidades, Referência-contrarreferência, Resolutividade.
Mediação de conflitos	Continuidade/longitudinalidade, Corresponsabilização, Interdisciplinaridade, Necessidades, Resolutividade, Território.
Práticas Integrativas e Complementares	Corresponsabilização, Redução a encaminhamentos, Promoção.
Projeto Terapêutico Singular	Continuidade/longitudinalidade, Corresponsabilização, Intencionalidade, Interdisciplinaridade, Necessidades, Produção de autonomia, Rede social de suporte, Território.
Rede de cuidados	Acesso, Articulação da rede, Continuidade/longitudinalidade, Corresponsabilidade, Interdisciplinaridade, Necessidades, Referência-Contrarreferência, Resolutividade, Território.
Redução de danos	Acesso, Promoção, Resolutividade.
Reunião de equipe	Acesso, Articulação ensino-serviço, Corresponsabilização, Discussão de casos, Necessidades, Participação da comunidade, Planejamento.
Terapia Interpessoal Breve	Acesso.

Esses qualificadores evidenciam que os profissionais conseguem identificar e compreender as intenções das políticas públicas que orientam o cuidado integral em saúde mental, na AB. Porém, mesmo expressando nos depoimentos tal compreensão, quando questionados sobre a aplicação da teoria em suas práticas, foi possível identificar temas

qualificadores típicos do Modelo Tradicional de saúde mental, alocados na categoria **Concepção Tradicional do Processo Saúde-doença**, conforme apresentado no quadro 5.

Quadro 5 – Temas qualificadores relacionados à Concepção Tradicional do processo saúde-doença

Variável	Concepção tradicional do processo saúde-doença
Abordagem Familiar	Centralização, Fragmentação.
Acolhimento	Atendimento às demandas, Burocratização, Engessamento.
Atendimento/visita domiciliar	Descontinuidade do cuidado.
Cartografia	Centralização.
Diagnóstico Situacional	Centralização.
Ecomapa	Centralização.
Genograma	Desconhecimento.
Grupos	Centralização, Descontinuidade do cuidado.
Intersectorialidade	Burocratização, Descontinuidade do cuidado, Fragmentação.
Mediação de conflitos	Redução a encaminhamentos.
Práticas Integrativas e Complementares	Redução a encaminhamentos.
Projeto Terapêutico Singular	Centralização, Descontinuidade do cuidado, Engessamento.
Rede de cuidados	Burocratização, Centralização, Descontinuidade do cuidado, insuficiência da rede.
Redução de danos	Desconhecimento, Redução a encaminhamentos.
Terapia Interpessoal Breve	Desconhecimento.

Desse modo, muitas práticas desenvolvidas no cotidiano dos profissionais ainda se distanciam de uma prática pautada nos conteúdos teóricos apontados no referencial teórico dos sujeitos. Observa-se a partir dos qualificadores identificados que no campo das práticas ainda há a valorização de um cuidado pautado no Modelo Tradicional de saúde.

Nesse contexto, a incorporação do discurso politicamente correto, em acordo com as intenções das políticas, pode ser constatada nos depoimentos dos profissionais. Os entrevistados demonstraram a preocupação em utilizar a **Abordagem Familiar** como ferramenta de trabalho em sua prática, como mostra o depoimento a seguir:

Pergunto se tá tudo bem, como é que tá a saúde... se todos que estão na casa estão morando... se alguém já se... já saiu, se ausentou, tá morando em outro lugar, se a família tem algum... tem também o quantitativo da família, pergunto como tá a saúde de cada um (E 01).

Nós atendemos é... o indivíduo, mas ele inserido na comunidade, na família, onde a gente é... na visita, a gente tenta alcançar todos os membros da família. [...] também fazer a busca ativa para que eles participem também dos serviços que prestamos na nossa unidade (E 04).

Eu levo muito a sério essa questão de conhecer o indivíduo, o seu contexto familiar, e aí não dá pra se trabalhar só a doença. [...] a doença nem sempre é

só de um homem, pode ser de uma pessoa, e pode tá também na família e na comunidade. Então, eu acho muito apropriado essa designação médico da família e comunidade. Então, pra gente aqui, a medida que o tempo passa mais fica presente e forte, essa questão da necessidade de olhar o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário (E 08).

Enquanto encontramos discursos politicamente corretos, encontramos práticas politicamente incorretas. Ao relacionar os discursos acima com o conteúdo das práticas, foi possível observar que ainda há marcas da opressão do Modelo Psiquiátrico Tradicional e do modelo de atenção no enfoque conservador, conforme se observa nos depoimentos abaixo:

eu acho, assim, que o correto é fazer a abordagem à família, porque é... o deficiente mental ele não tem a sua sanidade, né? Normal, como a nossa. Então, é bom que você realmente é... converse com a família, né? (E 05)

Não. Geralmente eu não abordo a família não. Eu... aqui é por agendamento, entendeu? Tem o agendamento e... e tem a demanda que é espontânea que é nas terças-feiras, né. (E 09)

eu levo em consideração a família, só que quando eu vou pra uma... pra visita, geralmente eu vou pra específico pra algum indivíduo. (E 10)

O depoimento de um dos entrevistados (E 05) mostra que a cultura da tutela, característica da opressão do Modelo Psiquiátrico Tradicional, ainda está impregnada no imaginário social e repercute no cotidiano da prática do profissional, dando importância à **Abordagem Familiar** em situações que exclui o usuário da corresponsabilidade do cuidado.

No sentido da desconstrução de paradigmas, Amarante (1995, p. 52) destaca a “comunidade e as relações que ela estabelece com o louco – por meio de trabalho, amizade e vizinhança” importantes elementos para a superação dos conceitos de tutela e incapacidade, ambos associados às pessoas com problemáticas de saúde mental. Basaglia (2005) ainda acrescenta que, na prática, isso representa a ressignificação da relação de tutela por uma relação mais próxima do indivíduo, na qual é levada em consideração a produção de subjetividades suas experiências de sofrimento.

Em relação ao **Acolhimento**, observa-se que alguns entrevistados já possuem o aporte teórico necessário com relação ao conceito, compreendendo a **Concepção Ampliada de Saúde**.

O acolhimento, a gente entende que ele vai muito além de uma escuta, de um agendamento. Pra mim, acolhimento significa receber aquela pessoa, orientar, dar atenção que ela precisa e dar as orientações devidas e tentar ser o mais resolutivo possível. Então, quando as pessoas chegam aqui, eu ultimamente que eu tô mais, assim, solto, ne, pela unidade, não tô dentro de uma sala, eu me encontro muito com as pessoas, e aí, elas sempre trazem alguma dúvida. Seja de um exame que ela tá pra marcar, elas não sabem onde é que tá marcando... Que as coisas na unidade acontecem muito rápido, muda muito a coisa. (E 08)

o acolhimento acontece, é... todas as horas. Quando se chega aqui na unidade de saúde, tem sempre um profissional pra acolher [...] a equipe multiprofissional, ela tá sempre é... é uma equipe coesa, ne, e que busca fazer esse acolhimento ao usuário (E 05).

Porém, a maioria dos entrevistados apresentou depoimentos ancorados na **Concepção Tradicional do Processo Saúde-doença**, tanto com relação ao conceito, quanto à assistência, na prática, do **Acolhimento** aos usuários. Observa-se que tais limitações teóricas podem não atender às expectativas de um cuidado integral conforme as diretrizes das políticas públicas, conforme os depoimentos a seguir recortados:

Dentro da unidade eu falo sobre o processo de trabalho, né. De toda a dinâmica como é, falo da questão de cada profissional, as atribuições deles, certo? É... como é que eu vou dizer... eu apresento as atividades que a gente tem, né? É... os exames citológicos, todos os programas da unidade e... no dia a dia, ne a gente vai desenrolando isso... (E 01)

O meu, a recepcionista ela vai, fala com cada um, procura já colocá-los na sequência e eu, vou fazendo a triagem, a escuta qualificada, aqui na minha sala. Aí por aqui eu sei se vai precisar ir pra médica ou se fica comigo, eu faço aqui na sala mesmo, ela só organiza a sequência de chegada deles. (E 02)

Eu não faço, porque não dá tempo para fazer esse acolhimento. O meu acolhimento se resume à triagem para a médica e o dentista. (E 07).

Bem, a gente não tem ainda esse sistema de acolhimento. O pessoal chega, fala com a menina da recepção, é indicada ou enfermeira ou médico pra ser retirada e entregue as fichas e a hora que a gente chega já vai atendendo o pessoal. A gente faz uma conversa, uma palestra, não é uma escuta como essa que é determinado pelo o, que querem, ne, que seja feita, assim, é... escuta qualificada [...] (E 11)

Com base nos depoimentos acima, observa-se que o **Acolhimento** realizado pode ser interpretado como mecânico, engessado, de modo simplista, reduzindo-se muitas vezes a palestras. Essa forma de fazer acolhimento foge à visão ampliada de saúde, na qual o acolhimento pode ser realizado por qualquer profissional. Uma das entrevistadas (E 07)

também considera o fator tempo como limitante à participação no processo de acolhimento, limitando-as à realização de ações técnicas de sua profissão.

Atendendo ao Modelo Biomédico Tradicional, os serviços continuam submetendo os usuários a um processo de triagem, de aplicação de técnicas, tendo dessa forma dificuldades em proporcionar um atendimento integral, conforme os princípios do SUS. Para Brasil (2013) o acolhimento é uma importante ferramenta para o estabelecimento de vínculo e construção de uma relação de confiança entre profissionais, usuários e familiares, estando a equipe disposta a oferecer escuta, apoio, segurança e resolutividade. Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010), o acolhimento é uma proposta transversal a todas as práticas e exige do profissional uma postura acolhedora e humanizada, para além das queixas e demandas, imersos no processo mútuo de corresponsabilização pela saúde dos usuários, seja no setor saúde, seja na articulação com outros setores. Desse modo, o acolhimento se configura como potente estratégia para o estabelecimento do cuidado em modelo de redes, conforme os princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e AB.

Compondo um dos princípios fundamentais dessa articulação, a **Intersetorialidade** tem se caracterizado como importante prática para a capacidade resolutiva dos problemas de saúde da população. Quando questionados sobre a **Intersetorialidade**, alguns participantes relataram não acionar outros setores no processo de cuidado, outros relataram que, apesar de obter sucesso em algumas intervenções, na maioria das vezes a articulação para o cuidado intersetor é difícil, resultando em baixa resolutividade dos problemas identificados no território, de acordo com os depoimentos a seguir apresentados sobre a **Intersetorialidade**:

Não. Aqui não. (E 09)

Não. (E 07)

Bem, a gente tenta fazer, muitas vezes. Mas poucas vezes é atendido. Poucas vezes. As secretarias sempre tinha no começo uma ambulância comunitária, nunca vi isso aqui. Precisar de paciente por aí, quem leva sou eu. É outro trabalho muito difícil, internação, eu tenho que ter amizade, eu ligo feito um louco pra lá e pra cá, tentando amizade pra conseguir uma internação. (E 11)

A última senhora que eu atendi aqui, a... eu cheguei na escola um dia e a psicóloga... a psicopedagoga me chamou... que a menina tava muito agressiva, tava levando os meninos pra o banheiro querendo manipular os meninos, a criança, né? Então automaticamente eu pedi que a gente... ela viesse pra unidade. [...] fez algumas conversas com a mãe, com ela, aí identificou que ela não dormia, era muito agressiva, tentava matar os gatos de casa, mexia com energia e assim, umas coisas bem perturbadoras. Aí a gente conseguiu articular, quase não consegue, um psiquiatra infantil, precisou eu entrar em contato com a regulação geral, a médica tentou uma

colega que conhecia, pra gente ver se... como é que fazia se mandava pra o Capsi ou se ficaria só com... com a médica mesmo com a psiquiatra (E 02)

Analisando os depoimentos, observam-se as dificuldades na articulação entre setores para a prática do cuidado que marca a distância da realização da **Intersetorialidade**, o que gera uma sobrecarga para os profissionais da AB. Observa-se ainda uma relação de fragilidade entre as equipes dos diferentes setores, nas quais ainda há a dificuldade de comunicação/diálogo entre as mesmas e responsabilização pelo cuidado do usuário, potencializando a burocratização das ações.

Brasil (2013) chama a atenção para a importância do princípio da intersectorialidade no cuidado à saúde mental, reivindicando a implementação de políticas públicas intersectoriais e do acionamento dos diversos setores que historicamente negaram atenção e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Nesse documento, é através da intersectorialidade que haverá o fortalecimento da rede de cuidados e da rede de suporte social dos usuários, favorecendo a criação de parcerias permanentes e a viabilização de planos de ação entre serviços-usuários. Amarante (2007, p. 86) argumenta que a o princípio da intersectorialidade retrata “estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como o todo”. Vale ressaltar que, este princípio reconhece a AB como articuladora da rede intersectorial, não sendo, portanto, a única responsável pelas necessidades de saúde da população.

Com relação ao **Atendimento/visita Domiciliar**, configura-se como uma das estratégias utilizadas pelas equipes de saúde da família para conhecer, aproximar-se e fortalecer o vínculo com os usuários. Tal estratégia é possibilitada pela organização e ideologia do serviço, que está implantado dentro do território. De acordo com a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, é atribuição comum a todos os profissionais da AB realizar atenção à saúde, em domicílio, e em outros locais do território.

Considerando a importância da ferramenta “**Atendimento/visita Domiciliar**” no cuidado à saúde da família, os entrevistados foram questionados sobre essa ação em sua prática. A seguir, os depoimentos demonstram que, com exceção da Auxiliar de Saúde Bucal e da Odontóloga, os atendimentos/visitas domiciliares acontecem de forma regular, fazendo parte do cronograma semanal das equipes, conforme os depoimentos a seguir:

Todas! Todo o mês. Todas as famílias. Nem que precise ficar além do meu horário de trabalho. Às vezes eu faço com o NASF, ne, com o profissional do NASF: fisioterapeuta, nutricionista, às vezes psicólogo... (E 01)

A gente tem um turno pra visita. Minha visita é na quarta, à tarde. Da médica, é na quinta pela manhã... a médica ela faz junto com o dentista. Eu vou com a ACS. (E 02)

As visitas domiciliares é agendada pra nós com o ACS. De acordo com a necessidade. Vou com o agente comunitário e às vezes com o técnico de enfermagem [...] (E 11)

Sempre eu vou acompanhada com a agente de saúde, que é ela quem comunica. Se houver uma indicação de uma medicação na hora, se houver necessidade de encaminhamento, já leva na minha bolsa as coisas... o que houver mais necessidade. Se uma surgir com mais necessidade a gente vai, é, suprir aquela necessidade daquela área. (E 12)

Todo mundo aqui. Se eles não agendarem, visita não falta, porque a gente tem paciente que é acamado, ne, paciente com dificuldade de locomoção. Então, independente se eles não solicitarem, que a gente, toda semana aqui tem o costume de solicitar. Se não solicitar, a gente vai providenciar, entendeu? (E 13)

Visito, mas muito pouca, porque como só tem uma dentista, a gente não é integrada, então, assim o distrito, pede pra dentista nunca se ausentar da unidade, a não ser quando é solicitado, entende? Acamados e pessoas que não conseguem vir, mas é difícil. (E 03)

Faço a visita domiciliar, é... muito mais assim, quando tem uma situação específica de odontologia. Mas, a gente tem na escala, a gente tem um turno para visita domiciliar. Então, mesmo assim, não tendo essa procura específica [...] quando ele tem uma dor, ele tem um sofrimento, quando ele tem um interesse em algum estético, mas aí a gente, na visita, a gente identifica que outras situações a gente pode também ajudar. A gente faz a visita para todos. Os acamados, pras pessoas que ta até com a situação precisa que chegue lá o profissional lá pra ouvir. A gente também se propõe a isso. (E 04)

Observa-se, portanto, que durante os **Atendimentos/visitas Domiciliares** é articulado o trabalho em equipe, no qual os profissionais valorizam a interdisciplinaridade. Para Campos (1999), é de suma importância que os profissionais trabalhem na perspectiva da interdisciplinaridade, já que nenhum profissional saberá tudo e substituirá a potencialidade de um trabalho interdisciplinar. Para o autor essa troca de saberes facilita a articulação dos profissionais para que juntos, consigam dar resolutividade às necessidades de saúde da população.

Outro ponto a ser destacado é a preocupação com a **Continuidade/Longitudinalidade** do cuidado, que, como prevê os apontamentos da política, os profissionais devem prover esses cuidados também àqueles que apresentem impossibilidade de se locomover até à unidade de saúde da família. Tal pressuposto está presente na Política Nacional de Atenção Básica:

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:[...] XII: realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2012, p. 40).

Para Starfield (2002), a longitudinalidade do cuidado é um dos atributos essenciais da AB, que “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo” (STARFIELD, 2002, p. 62). Em outras palavras, significa o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde da família, na qual há a corresponsabilização da saúde por parte da equipe, usuário e família.

Além da valorização da interdisciplinaridade e longitudinalidade do cuidado, outros elementos importantes também foram extraídos dos depoimentos. Foi possível observar a preocupação dos profissionais em ampliar a capacidade do cuidado, através do **Atendimento/visita Domiciliar**, assim como a preocupação em articular o cuidado em rede, atender às necessidades e garantir o acesso dos usuários ao sistema único de saúde. É importante lembrar que a AB é estratégica para o modelo de atenção à saúde atual, tendo como um de seus princípios a universalidade, ou seja, o acesso universal dos usuários aos serviços.

Na tentativa de favorecer o trabalho das equipes de saúde da AB no território sob sua responsabilidade, foram instituídas algumas ferramentas para utilização no cotidiano do trabalho das equipes. Dentre elas, destacam-se a **Cartografia, o Diagnóstico Situacional, o Genograma e o Ecomapa**. Segundo Brasil (2013) tais ferramentas possibilitam os profissionais de saúde de aproximar-se e conhecer a história de vida dos usuários, fortalecendo os vínculos e aprimorando o entendimento da dinâmica do território.

Durante as entrevistas, quando questionados sobre as técnicas/ferramentas supracitadas, os profissionais apresentaram fragilidades na dimensão teórica e até mesmo desconhecimento de tais termos. Após a leitura da definição de cada termo, foi possível observar que alguns profissionais, junto à equipe da unidade de saúde, realizam a cartografia e o diagnóstico situacional, mas não conheciam por este nome. Observa-se também que, em algumas equipes, a construção da cartografia e do diagnóstico situacional é de responsabilidade de apenas alguns profissionais, geralmente os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde (ACS).

Os depoimentos abaixo referem-se à **Cartografia**:

Não, a gente nunca... a gente nunca fez não. (E 09).

A gente tem... é... tem um mapa... Esse mapa é novo... tem um mês e pouco... a gente atualizou com cores, identificação e fez essa impressão aí ó. (E 02)

Um mapa do território. Nós observamos isso aí, com relação ao mapeamento do território, nós observamos também pessoas em situação de rua, né, que é... quando nós percebemos isso aí, nós trazemos aqui pra unidade de saúde. (E 05).

Trabalha, mas aí nessa parte mais quem trabalha é o agente de saúde. (E 06)

Tem, que a gente tem, é o mapa. Mas aí esse mapeamento é junto com os meninos, os ACS, é na proporção que a gente vai ver na área aumentando, ne? (E 15)

Para Brasil (2013), a construção da cartografia permite que os profissionais ampliem o olhar para a questão da produção do cuidado. Goldstein (2012) acrescenta que a elaboração da cartografia pelas equipes contribui significativamente para o entendimento da dinâmica do território e do processo saúde-doença, considerando o contexto ao qual o usuário está inserido. Observa-se que o processo de trabalho ainda enfrenta alguns desafios para a consolidação da utilização de tais ferramentas, visto que alguns profissionais acabam abarcando maior sobrecarga.

Os depoimentos a seguir, relacionam-se ao **Diagnóstico Situacional**:

A gente realiza [...]. Na minha área tem... envolve muitos problemas assim de violência, violência... questão também das pessoas de baixa renda, que moram em condições precárias, que vivem sob violência, abandono... idosos também... (E 01)

A gente tem a sala de situação. Todo mês a gente alimenta. Assim... todo... toda situação nova, todo trabalho do mês, a gente tá alimentando a sala de situação. Frequentemente. Então tá sempre atualizada. (E 04)

Também tem esse acompanhamento... geralmente quem faz esse é o enfermeiro e o agente de saúde, né? (E 06)

Não. Isso aí, essa parte que faz é os agentes de saúde. (E 07)

Faz sim. A gente faz mensal. Porque é como a gente diariamente... a gente faz o... o... vou lhe mostrar aqui o mapa que a gente tem, as meninas diariamente faz o atendimento e registra o que vai fazendo. Quantos hipertensos, quantos diabéticos vai atendendo, aí no fim do mês, aí faz o levantamento do mês. (E 12).

É a partir do **Diagnóstico Situacional** que as equipes de AB poderão realizar uma análise minuciosa das problemáticas de saúde mais prevalentes no território e planejar e

programar ações com maior respaldo. Tal ação engloba considerar a situação dos usuários e suas famílias e a perspectiva da formação/fortalecimento de vínculos e construção de afetos (BRASIL, 2013). Apesar da preocupação dos profissionais e do reconhecimento da necessidade de se construir o diagnóstico situacional, ainda há a centralização da ação em algumas categorias profissionais, mais uma vez, gerando sobrecarga para estes.

Já com relação ao **Ecomapa** e ao **Genograma**, além do desconhecimento dos termos, os profissionais relataram não realizar em suas práticas.

Não, nós não fazemos ecomapa não (E 01).

Não. A gente... mapa que a gente só fez foi esse daí (*referindo-se à cartografia*) (E 02).

Não temos registrado isso, não. Lá eu lembro que tinha uma pergunta na ficha de cadastro, falava sobre isso. Mas, a gente não tem esses dados consolidados (E 08).

Não conheço não (E 09).

Eu tenho muita vontade de aprender esse genograma, porque ele é bem falado, mas na prática a gente num... não faz (E 01).

Aqui não faz (E 06).

Não, isso aí eu nunca fiz não (E 12).

Aqui, a gente precisa fazer, porque no momento que a gente vai fazer essa ficha, que agora mudou, antigamente era a ficha A, agora você faz o cadastramento, e ele é individual, por pessoa (E 14).

Os entrevistados também foram questionados sobre **Grupos** realizados no âmbito da AB. Brasil (2013) destaca as concepções de sujeito-coletivo, atenção integral e produção de autonomia para demonstrar a importância e a potencialidade da realização de grupos para o cuidado em saúde mental na AB. O autor chama a atenção para o fato de que o grupo permite a troca de experiências e transformações subjetivas no encontro cotidiano dos usuários, a partir do reconhecimento do sofrimento do outro e da sensação de pertencimento social.

Alguns profissionais relataram a presença de grupos nas unidades em que trabalham, inclusive participando na condução destes ou na articulação de outros profissionais para a coordenação dos grupos.

Tem um grupo na segunda-feira pela manhã, que é um grupo de trabalho manual, que a gente chama grupo de fuxico. [...] a psicóloga senta com elas, fazem trabalhos manuais [...] começou com muitas senhoras em depressão, pessoas que não saíam de casa, que eram muito sozinhas, que vinham muito

ociosas, que vinham muito pra unidade procurar remédio sem ter doença aparente, doença mental, entendeu (E 02)

Eu participo do grupo de dependentes químicos, né, aí, vez por outra eu tô no grupo de fibromialgia, é porque tem vários grupos aqui na unidade. Nós temos aqui na unidade, grupo de dependentes químicos, saúde mental, fibromialgia, grupo de gestantes... (E 05)

A gente tem grupo de idosos. Tem a fisioterapia com o grupo de pessoas que participam da fisioterapia. (E 11)

Com base nos depoimentos, observa-se que os profissionais valorizam a pluralidade de saberes para a realização dos **Grupos**, trabalhando na perspectiva da interdisciplinaridade. Outro aspecto relevante é a preocupação dos profissionais em atender às necessidades das pessoas do grupo, abordando temas relacionados ao processo de saúde-doença da população adscrita. Vale ressaltar que a abordagem em grupo favorece o processo de formação/fortalecimento de vínculo, a corresponsabilização das ações entre a equipe, a longitudinalidade do cuidado, além de estimular a participação ativa dos sujeitos.

A maioria dos profissionais relatou a existência de grupos nas unidades que acontecem com uma frequência menor, prejudicando assim a continuidade e fortalecimento do mesmo. Outros chegaram a afirmar que não participam de grupos ou que em suas unidades, não há oferta.

A gente tem grupo de idoso [...] que o certo é a gente manter esse vínculo com o grupo de idoso pelo menos a cada quinze dias, né... O grupo na realidade não é um grupo ativo [...] a gente não dispõe de espaço físico, né, é muito precário aqui o espaço [...], mas sempre quando a gente e... precisa tá com eles numa reunião... aí a gente utiliza a casa de um Senhor de idade [...] aí as reuniões a gente faz lá só em datas comemorativas (E 01).

A gente tinha um grupo aqui, mas aí como quebrou o ar condicionado, ficou a sala bem abafada, a sala de reunião, aí parou (E 03).

É que a gente fica tão distante, disso. Não participo de nenhum (E 06).

Temos. Grupo de gestante e idosos. Tava acontecendo é... uma vez por mês, cada um (E 07).

Trabalhamos. No momento a gente só tá com o grupo de idosos. [...] uma vez no mês eu vou aferir a pressão deles (E 10).

Ultimamente a gente tem não, nenhum grupo não. (E 12)

Os depoimentos acima retratam os entraves e desafios para a implementação de grupos na AB, que vão desde a estrutura física ao processo de trabalho. Além da centralização das ações em um único profissional, alguns profissionais relataram a participação no grupo apenas

para aferir a pressão arterial, prática característica de grupos de idosos. Vale ressaltar que tais práticas não se aproximam com a **Concepção Ampliada de Saúde**, na qual o grupo tem caráter emancipatório e produtor de saúde.

Outra variável investigada diz respeito à **Mediação de Conflitos**. Para Brasil (2003) as situações de conflitos familiares ou entre comunitários estão entre as principais demandas na AB, porém os profissionais não se sentem seguros e preparados para lidar com tal demanda. Os relatos dos participantes permitiram constatar que a maioria não realiza a mediação de conflitos em sua prática.

Não (E 03).

Não (E 04).

Não. Eu sempre, assim, passo o caso ou pra enfermeira, ou passo o caso pra um agente de saúde pra tentar resolver, por conta que já conhece mais aquela família, tu tá entendendo? (E 06).

Essa aí eu não tenho me envolvido, porque é uma área de muita vulnerabilidade e tem a questão do tráfico que é muito presente. (E 08)

Não. Nunca fiz não. (E 09)

Eu mesma não. (E 12)

Dois profissionais justificaram o fato de não realizar a **Mediação De Conflitos** por motivos diferentes. O participante (E 06) relatou repassar os casos conflituosos para outros profissionais (enfermeira e agente de saúde), por entender que esses profissionais possuem um vínculo mais estreito com os usuários. Já o participante (E 08) relatou não se envolver na mediação dos conflitos pelo fato da unidade em que trabalha estar inserida em um território de grande vulnerabilidade e violência, advindas do tráfico na região. Desse modo, faz sentido o que diz Brasil (2013) quando destaca a sensação de insegurança dos profissionais para intervir com a mediação de conflitos.

Essa sensação parece aumentar quando se trata de um caso em saúde mental, como demonstra o depoimento a seguir. Uma das explicações está no fato do imaginário social ainda estar impregnado por sentimentos de medos, por preconceitos e incertezas.

Eu tenho duas pacientes com transtornos psicóticos, mãe e filha. E elas ficaram trancadas, ficavam as duas, trancadas, aí a filha entrou em crise. A mãe dopava ela, deixava ela um tempão sem se alimentar, a casa estava toda deteriorada [...], ficavam à noite, gritando as duas, aí os vizinhos me chamaram, eles já tinham feito justiça pelas mãos deles mesmo [...] eles

mesmos amarraram a mãe no poste e chamaram o SAMU pra carregar a filha, e a polícia. [...], mas tão bem agora, agora elas tão tudo direitinhas, porque a gente internou. Foi pra o Juliano. Na verdade, eu não consegui internar, porque eu liguei pra delegacia do idoso, delegacia da mulher, MP, CREAS, CRAS, ninguém me deu atenção. Eu não tive ajuda de ninguém. Aí foi quando um policial militar que mora na rua de trás, chamou o corpo de bombeiros e o SAMU e a polícia, então como ele era militar, ele conseguiu mais rápido que eu, porque eu chamava o SAMU, chamava a polícia, e eles queriam que tivesse alguém da família lá pra responder pra poder levar. Eu dizia que não tinha ninguém, que eu não tinha acesso a ninguém da família, que eu não consegui o telefone de nenhum parente, eu não consegui. Aí pronto.

O depoimento acima mostra que os comunitários ainda permanecem com a visão do louco como alguém perigoso e ameaçador. Isso reforça a ideia de que as pessoas que apresentam o comportamento diferente do que é esperado pela sociedade são vistas como ameaças, podendo comprometer a integridade dos demais cidadãos. Outro ponto a destacar é a dificuldade do trabalho em rede, tanto intra quanto intersetorial, que no caso relatado, culminou na prática centrada no modelo hospitalocêntrico, afirmando a invisibilidade de uma rede de serviços substitutivos.

Em decorrência do fato exposto, o participante relatou o trabalho de **Mediação De Conflitos** realizado com os comunitários.

Nessa situação de [...], uma vez, elas pegaram ela mesmo, amarraram... é... amarraram ela e chamaram a polícia, sabe? Inclusive ela até disse que bateram muito nela. Nisso a gente precisou ir lá e conversou, sentado na calçada com a família, com a pessoa pra poder explicar a situação dela, o que é que causava a doença, porque que elas eram daquele jeito, porque elas gritavam tanto, entendeu? Até que... agora tá mais tranquilo... agora eu recebo os vizinhos da rua e ninguém mais fala. (E 02)

Considerando a complexidade do cuidado em saúde mental na AB, os profissionais também foram questionados quando à elaboração do **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**. Brasil (2007, p. 40) afirma que o PTS é “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”. O exercício de construção do PTS pode favorecer o cuidado ao usuário em saúde mental, já que considera diversas possibilidades de tratamento, que não apenas a da medicação e internação. Porém, alguns profissionais desconhecem o que seria o PTS, outros relataram não realizar e as unidades em que o PTS é feito, muitos são elaborados por grupos de estudantes.

Não, não sei nem o que você tá dizendo (E 03).

Não, a gente não tem essa pratica não (E 01).

Rapaz, pra ser sincero, não. Assim porque pra você construir um projeto desse você tem que ter a pessoa, ne? (E 05)

Os PTS daqui são mais com as meninas, os meninos, os estudantes que passam por aqui. A gente tem uma rede escola bem ampla aqui na unidade. [...] eles fazem, preparam e a gente... dá andamento, entendeu? Eu precisei fazer um, mas eu nem discuto. A gente se estruturou em reunião, discutiui, e foi até um caso de saúde mental de uma família, que até hoje tá rolando pra... pra resolver (E 02).

Então, com a presença do pessoal lá da universidade a gente tinha mais condição de fazer esses PTS de forma mais sistematizada. O que a gente faz... atual... a gente tem feito, mas... já foi bem melhor. (E 08)

Assim, de reunir mesmo com a família, não. A gente vê quando a gente vê que tá numa situação, que vai numa visita e vê que ta com aquela necessidade, aí entra em contato com aquela equipe que já é completa ne, como tem o NASF, tem os outros que tem psicólogo, que tem nutricionista [...] (E 15)

Os PTS construídos pelos participantes contemplam alguns aspectos apontados pelo Ministério da Saúde, a exemplo de priorizar um plano de ação compartilhado, articulando diferentes saberes, através de uma equipe multiprofissional que trabalha na perspectiva interdisciplinar e a articulação da rede. Porém, ainda há grandes limitações e desafios para a oferta de um cuidado integral, conforme o relato do participante (E 15) ao expor que, na construção do **PTS**, eles não conseguem se reunir com a família. A baixa resolutividade dos casos, mesmo após elaboração do PTS, também se apresenta como uma grande limitação, dificultando um atendimento voltado às necessidades da população.

A articulação da **Rede de Cuidados** em saúde também foi questionada aos participantes. Mais uma vez foi evidenciada a dificuldade na articulação dos serviços, prejudicando o processo de encaminhamento, gerando a descontinuidade do cuidado. Após a análise dos depoimentos foi possível observar a burocratização das ações e a centralização no profissional médico para realização dos encaminhamentos.

A gente chama o fono do NASF, vem aqui e faz uma triagem... detecta, mas num, num... dá continuidade. Tá entendendo? Fica só apenas assim, tipo assim, o NASF: Eu fiz a minha parte, mas não deram continuidade... Chama um psicólogo, faz uma triagem com uma... a.... a paciente e daquela triagem não passa, tá entendendo? (E 01)

Aqui a gente tá com dificuldade, sabe? [...] esse é o gargalo da gente, é essa, a marcação de exame e de consulta. Os usuários reclamam muito, se queixam muito e muitas vezes, eles voltam isso pra gente, como se fosse culpa da gente e até da ACS [...]. Quem encaminha é a médica. Eu não encaminho pra o especialista não, só a medica mesmo. (E 02)

Tem, tem dificuldade. Porque lá, eles dizem uma coisa, aí o paciente chega aqui e diz uma coisa, e na verdade não... no... que a gente fala, a gente também não sabe o que é que... que tá passando lá, ne? Porque às vezes falta um... como se diz, assim, num tá fazendo um canal, por exemplo, lá não tá fazendo canal, a gente não sabe. A gente só sabe quando o paciente chega aqui e diz pra gente que lá num tá fazendo. Tá sem funcionário há mais de meses, entendeu? (E 09)

Normalmente é assim, eles impõem muitas dificuldades, tem sempre... eles botam “n” situações pra não receber, entendeu? (E 10)

Furada. Eu tenho que pedir os exames, como é que se diz, são patologias mais difíceis, são mais complicadas, sempre são... as mais simples eu resolvo, mas aquelas, aquelas que vem com hérnias, com complicações já são mais difíceis. (E 12)

Outro aspecto evidenciado nos depoimentos dos participantes diz respeito à dificuldade de acesso dos usuários, tanto na questão administrativa quanto geográfica, além da culpabilização dos usuários pelos profissionais. Pelos relatos, os usuários demonstram descrença nos serviços ofertados pela rede de atenção à saúde, tendo a sensação de que o caminhar no itinerário terapêutico é solitário, configurando uma invisibilidade da rede.

É difícil o acesso. [...] tem que pegar dois ônibus pra ir pra o Cristo e você imagina na nossa sociedade que não valoriza a saúde mental, psicólogo, acha que só vai quem é doido, essas coisas... já tá arraigado ne, a pessoa sai daqui sem o dinheiro da passagem pra ir pra lá. Como é que vai? Vai passar uma tarde. Perde uma tarde. Então, é difícil o acesso. (E 08)

Do usuário assim... por que ele não quer se tratar, ele vê a dificuldade demais no SUS, quando fala... fala do serviço do SUS, ele já ver com uma coisa assim: ai, meu Deus, não vou conseguir, é muito difícil, onde é isso, tá entendendo? É a descrença. (E 01)

Ainda sobre a **Rede de Cuidados**, quando questionados sobre o processo de contrarreferência, os participantes relataram não funcionar na maioria dos serviços aos quais encaminham os usuários.

Contrarreferência é mais difícil, ne. Mas quanto aos profissionais é do próprio distrito, do NASF, ne, e eles atendem essa demanda. [...] nutricionista, o assistente social, né, psicólogo. (E 07)

Contrarreferência horrorosa. (E 11)

E justamente não ter retorno, em que estágio tá, como é que eles vão, o que é que eles fizeram pra gente tomar os cuidados devidos, não tem... aí dá um... sempre.... se a gente não se desdobrar pra fazer alguma coisa, sempre tem complicação. (E 12).

Antigamente, eu tinha a contrarreferência. Hoje eu não recebo nada disso. Contrarreferência já é uma coisa difícil (E 13).

As Práticas Integrativas, A Redução de Danos e a Terapia Interpessoal Breve também se configuram como ações de saúde mental, na AB. Desse modo, ao serem questionados sobre a realização dessas ações em suas práticas, os profissionais relataram conhecer no campo teórico as práticas integrativas e a redução de danos, mas não realizavam em suas práticas. A maioria relatou encaminhar os usuários quando precisam dessas ferramentas.

A gente fez lá no... um curso de POP SUS, que a gente fez que foi... foi o...o... a FIOCRUZ, né... que... então assim, falou-se muito das práticas integrativas e até no curso de formação que a gente iniciou também. Eu aprendi, mas eu não coloco em prática não. (E 01).

Não, a gente tá esperando um curso, ne. (E 04)

A gente utiliza a rede, que no caso tem uma profissional no distrito. Uma só que faz, ela marca o dia e vem fazer aqui. (E 10)
olhe, a gente aqui não trabalha. Aqui a gente nenhuma faz. A gente tem uma menina chamada [...] do distrito que faz lá no ginásio, no espaço saúde. (E 14)

Eu tento fazer, eu tento fazer, mas é complicado, visse?" (E 01)

Aqui eu não tenho nem tantos, tantos usuários nessa parte de álcool e drogas, eu tenho mais de álcool. Droga, que eu identifique assim agora, que procurou, eu acho que nenhum, até agora. Mas de álcool a gente tá encaminhando pra o CAPS AD do Rangel. (E 02)

No caso, assim... tem um certo cuidado, a gente tem que ter um certo cuidado, mas... nunca trabalhei não". (E 06)

Eu tenho pouca experiência com essa parte. O que eu tenho feito, é... tenho encaminhado, ne, eu procuro saber da situação da pessoa, ne? (E 08)

Não. A única coisa que tem aqui é.... da prática mesmo, ne, só a distribuição de preservativo. (E 10)

Já com relação à **Terapia Interpessoal Breve**, apresentaram total desconhecimento.

Não, não sei nem o que é. Eu não, nunca... nunca recebi nenhum treinamento sobre isso (E 02)

Eu acho que aqui ninguém aplica não (E 03)

Não. (E 12)

As **Práticas Integrativas e Complementares (PIC)** também são importantes ferramentas para o trabalho que objetivam prevenir agravos e recuperar a saúde. Foi pensando nisso que o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares através da portaria 971, de 3 de maio de 2006, incluindo mais uma possibilidade para a objetivação da integralidade da atenção. A política ainda enfatiza os serviços da AB como estratégicos para a incorporação e implementação das **PIC**, garantindo assim a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006).

Mesmo com o conhecimento no campo teórico, demonstrando uma visão ampliada do processo saúde-doença e reconhecendo as PIC como uma intervenção de promoção global e responsabilização do cuidado, os profissionais não realizam as PIC em suas práticas, resumindo suas ações a encaminhamentos para a rede.

Com relação à **Redução de Danos**, a unidade de Saúde da Família foi inserida na portaria 3088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, como ponto de atenção da rede no nível da AB, reafirmando a sua responsabilidade e compromisso com o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Para além da rede de atenção Psicossocial, a própria definição de AB já prevê a redução de danos como um dos objetivos de suas ações:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Porém, o que se pode identificar através do discurso dos participantes é a dificuldade de acesso que os mesmos têm aos usuários de drogas, seja pela baixa procura do serviço, seja pela visão do usuário como alguém ameaçador. Os profissionais também reduzem suas ações à encaminhamentos e alguns entendem as ações de redução de danos como sendo a mera distribuição de preservativos. Muitos admitiram que o fator violência afasta os profissionais do campo da redução de danos e que há uma fragilidade na relação profissional x usuário.

Das 17 ações questionadas, duas delas estão em consonância com a **Concepção Ampliada de Saúde**, demonstrando a correspondência entre as intenções das políticas e as

práticas dos profissionais. A partir dos depoimentos dos participantes, foi possível observar que a **Educação Permanente** e a **Reunião de Equipe** são ações presentes no cotidiano dos profissionais e que tais estratégias influenciam positivamente as práticas em saúde.

Existe as reuniões. Discute o processo de trabalho [...], o que é que a gente pode fazer pra tá melhorando [...]. A questão da educação em saúde que é importante, a gente discute muito e tem que ter educação em saúde, porquê sem educação em saúde, a gente não consegue fazer um trabalho eficiente. O que é que a gente pode tá fazendo pra melhorar também o atendimento... Alguma queixa de algum paciente que se mostrou insatisfeito ali na recepção. O que é que a gente pode tá fazendo pra tá melhorando, pra o paciente não sair sem uma resposta daqui (E 01).

Sexta-feira à tarde, reunião de equipe. É... eu passo os informes, aí a gerente ela faz uma de matriciamento, faz uma num mês que alguma categoria vai apresentar algum trabalho, alguma coisa. [...] daqui é onde a gente discute, a gente discute o processo de trabalho, discute algum caso de família que precisa ser organizado... o fluxo de atendimento da gente, entendeu? (E 02)

Geralmente a gente discute geralmente sobre acolhimento, quem vai fazer o acolhimento, quem é que vai participar [...]. Discute sobre processo de trabalho, também, como é... sobre as visitas domiciliares, entendeu? (E 06)

A gente dispõe de um turno pra fazer uma reunião, e ela pode ser uma reunião pra discutir o processo de trabalho ou uma reunião que eles chamam de matriciamento. Primeiro, tem a parte de informes, que é repasse do que tá sendo necessário, que a gestão traz novas ações que a gestão tá implantando e também pra abrir discussão de nosso processo de trabalho interno. [...] tem mais espaço pra discutir os casos, os ACS trazem os casos que tem na sua área mais difícil [...] (E 08)

A reunião de equipe é toda semana. O objetivo é melhorar a questão da saúde da população de um modo geral... tudo que... que for de melhoria para os usuários. (E 05)

De acordo com os depoimentos, observa-se que o processo de **Educação Permanente** ocorre durante as reuniões de equipe, sendo reservado um turno por semana para a realização das reuniões, geralmente nas sextas-feiras, à tarde. A educação permanente foi idealizada como estratégica para o processo de mudança das práticas em saúde e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos serviços, visando o cuidado integral (BRASIL, 2013).

Para Baldissera e Bueno (2014) a **Educação Permanente** em Saúde:

retrata os processos educativos dos profissionais de saúde, sinalizando para práticas que vão além da educação em serviço e da educação continuada. Implica, pois, em nova forma de conceber a produção de saberes e de fazeres - que não mais vistos de forma segregada, devendo ser compreendidos em sua inseparabilidade. Assim, atrela-se ao processo, o ensino, a gestão, o cuidado e o controle social [...], ao incitar a articulação das necessidades dos

serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BALDISSERTA; BUENO, 2014, p. 191).

Os participantes relataram que durante o processo de **Educação Permanente**, atrelado à **Reunião de Equipe**, há o momento para a problematização do trabalho, refletindo acerca da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e sendo pensadas estratégias para o enfrentamento das dificuldades no processo de trabalho.

Para o fortalecimento desse processo, os participantes relataram a importância do trabalho em equipe e da responsabilização do cuidado. Dessa maneira, os serviços têm demonstrado a preocupação em exercer a **Educação Permanente** em Saúde, valorizando a resolução dos problemas que emergem de seus cotidianos, vivenciados pelas equipes e pelos usuários, utilizando-se destas experiências para superação e transformação das práticas profissionais (CECCIM, 2005).

Outra ferramenta importante para o processo de **Educação Permanente**, citada pelos participantes, foi o matriciamento ou apoio matricial. Segundo Campos e Domitti (2007), trata-se de uma metodologia de trabalho na qual a atenção à saúde dos usuários é realizada de forma compartilhada, a partir de uma retaguarda especializada que dá suporte às equipes de saúde, visando à integralidade do cuidado. Para Brasil (2004, p. 13) “o apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas [...]”.

Na AB, o matriciamento é realizado comumente pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008 e redefinido pela portaria 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Segundo Brasil (2012), o NASF foi criado com o objetivo de ampliar e potencializar a oferta de serviços e a resolubilidade na AB, compartilhando a responsabilidade do cuidado à população. No tocante à transformação das práticas e superação do Modelo Tradicional, o NASF tem se configurado como importante estratégia, atuando nas duas dimensões que lhe compete: a técnico-pedagógica e clínico-assistencial (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, Jorge, Sousa e Franco (2013, p. 739), ressaltam a importância do matriciamento para as ações de saúde mental na AB:

As ações de saúde mental desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) exercem papel fundamental ao contribuir com seus saberes para a ampliação do potencial resolutivo das equipes, mediante a realização do apoio matricial (AM) ou matriciamento de saúde mental que tem por

objetivo superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental.

Logo, no que se refere à **Educação Permanente em Saúde**, esta já está sendo incorporada e utilizada como estratégia no cotidiano dos serviços, demonstrando a correspondência entre o proposto nas intenções das políticas e a prática diária dos profissionais.

Como descrito na metodologia do presente estudo, a análise do material empírico produzido permitiu a identificação dos temas qualificadores e a atribuição de pesos para cada variável. Os pesos foram atribuídos através da análise da literatura e nos pressupostos teórico dos especialistas que abordam os conteúdos referentes à saúde mental na AB e aos Modelos de Saúde. Dessa maneira, essa abordagem de pesquisa subsidiou uma análise mais precisa das unidades, por permitir a confrontação do que foi produzido empiricamente com o resultado do instrumento quantitativo.

A partir da análise do material empírico, cada uma das 15 unidades foi caracterizada segundo as decisões possíveis abordadas neste estudo (Vinculada ao Modelo Tradicional; Próxima do Modelo Tradicional; Em Transição; Próxima do Modelo Ampliado e Vinculada ao Modelo Ampliado). Essa caracterização ocorreu da seguinte forma: os relatos de cada participante foram analisados por variável e durante a análise foram evidenciados os temas qualificadores e seus respectivos pesos.

Em seguida, foi observada em cada uma das 17 variáveis a predominância dos pesos, atribuindo a cada variável a decisão proposta pelo modelo de decisão, determinando a seguinte configuração: predominância de peso 1 – Vinculada ao Modelo Tradicional; peso 2 – Próxima do Modelo Tradicional; peso 3 – Em Transição; peso 4 – Próxima do Modelo Ampliado; peso 5 – Vinculada ao Modelo Ampliado. Ao final, foi contabilizada a frequência com que cada decisão apareceu nas 17 variáveis, sendo a unidade definida pela decisão que aparecesse com maior frequência.

O quadro 6 apresenta a caracterização das 15 unidades participantes a partir da análise qualitativa.

Quadro 6 – Decisão final para as unidades participantes do enfoque qualitativo

Unidade de saúde da família/Entrevistado	Decisão Final
USF E01	Em Transição
USF E02	Em Transição
USF E03	Próxima do Modelo Tradicional
USF E04	Em Transição
USF E05	Em Transição
USF E06	Em Transição
USF E07	Em Transição
USF E08	Em Transição
USF E09	Em Transição
USF E10	Em Transição
USF E11	Em Transição
USF E12	Em Transição
USF E13	Em Transição
USF E14	Em Transição
USF E15	Em Transição

Posteriormente, foi realizada a busca do resultado do enfoque quantitativo para cada uma das 15 unidades citadas, com o objetivo de verificar a concordância entre as decisões dos enfoques quantitativo x qualitativo.

O espaço de decisões apresentou cinco decisões possíveis e o modelo de decisão definiu a situação das unidades segundo a equação:

$$ES_{Ti} = \{3 \times \text{Abordagem familiar} + 5 \times \text{Acolhimento} + 3 \times \text{Atendimento/visita domiciliar} + 1 \times \text{Cartografia} + 3 \times \text{Diagnóstico situacional} + 1 \times \text{Ecomapa} + 5 \times \text{Educação permanente} + 1 \times \text{Genograma} + 3 \times \text{Grupos} + 3 \times \text{Intersetorialidade} + 3 \times \text{Mediação de conflitos} + 1 \times \text{Práticas integrativas e complementares} + 3 \times \text{Projeto terapêutico singular} + 3 \times \text{Rede de cuidados} + 4 \times \text{Redução de danos} + 4 \times \text{Reunião de equipe} + 1 \times \text{Terapia interpessoal breve}\}$$

Dessa maneira, a partir da equação supracitada o modelo de decisão obtém o escore total para o indivíduo (ES_{Ti}) e correlaciona com a decisão correspondente, contida no quadro 3.

Para realizar a confrontação entre os enfoques qualitativo e quantitativo, todos os profissionais de cada uma das 15 unidades participantes da abordagem qualitativa, que responderam ao instrumento de pesquisa no momento da coleta de dados do estudo quantitativo, foram localizados no banco de dados e tiveram suas respostas submetidas ao modelo de decisão. Calculados os escores totais dos profissionais, foram calculados os índices avaliativos de cada unidade, representados pelo cálculo da mediana entre os escores totais de cada participante.

O quadro 7 apresenta o valor dos índices avaliativos por unidade e a decisão final.

Quadro 7 – Índice avaliativo e decisão final para as unidades participantes do enfoque qualitativo

Unidade de Saúde da Família	Índice Avaliativo (Mediana)	Decisão final
USF E01	141	Próxima do Modelo Ampliado
USF E02	158	Próxima do Modelo Ampliado
USF E03	92,5	Próxima do Modelo Tradicional
USF E04	146	Próxima do Modelo Ampliado
USF E05	131	Em Transição
USF E06	129	Em Transição
USF E07	132	Em Transição
USF E08	121	Em Transição
USF E09	129	Em Transição
USF E10	153	Próxima do Modelo Ampliado
USF E11	152,5	Próxima do Modelo Ampliado
USF E12	121	Em Transição
USF E13	143,5	Próxima do Modelo Ampliado
USF E14	135	Em Transição
USF E15	138,5	Em Transição

Dessa maneira, foi possível a confrontação entre as decisões para cada unidade a partir do enfoque qualitativo e quantitativo (Quadro 8).

Quadro 8 - Confrontação entre as decisões finais do enfoque qualitativo e quantitativo

Unidade de Saúde da Família	Decisão final (enfoque qualitativo)	Decisão final (enfoque quantitativo)	Situação
USF E01	Em Transição	Próxima do Modelo Ampliado	Discordância
USF E02	Em Transição	Próxima do Modelo Ampliado	Discordância
USF E03	Próxima do Modelo Tradicional	Próxima do Modelo Tradicional	Concordância
USF E04	Em Transição	Próxima do Modelo Ampliado	Discordância
USF E05	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E06	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E07	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E08	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E09	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E10	Em Transição	Próxima do Modelo Ampliado	Discordância
USF E11	Em Transição	Próxima do Modelo Ampliado	Discordância
USF E12	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E13	Em Transição	Próxima do Modelo Ampliado	Discordância
USF E14	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E15	Em Transição	Em Transição	Concordância

Analisando o resultado do confronto entre os enfoques qualitativo e quantitativo para as 15 unidades, foi possível observar que 40% (seis) destas apresentaram discordância quanto à decisão final. Desse modo, foi necessária uma revisão de todo o processo de construção para ajuste do modelo de decisão.

Revisitando a análise do material empírico, pode-se observar que aquelas unidades denominadas “Em Transição” e que no enfoque quantitativo foram denominadas “Próxima do Modelo Ampliado” se diferenciavam das outras unidades que também foram caracterizadas como “Em Transição” por apresentar, além da predominância das decisões “Em Transição”, uma maior frequência das decisões “Próxima do Modelo Ampliado” e “Vinculada ao Modelo Ampliado”. Já as unidades concordantes na decisão “Em Transição” para os dois enfoques, na análise qualitativa apresentou a predominância das decisões “Em Transição”, porém também apresentaram maior frequência das decisões “Próxima do Modelo Tradicional” e “Vinculada ao Modelo Tradicional”.

Assim, após realizada essa constatação, foi adotado o seguinte critério para a decisão das unidades: para as unidades que apresentaram a predominância da decisão “Em

Transição”, mas que nas demais variáveis apresentaram as decisões “Próxima do Modelo Ampliado” e “Vinculada ao Modelo Ampliado”, foram caracterizadas como “Próxima do Modelo Ampliado”. Aquelas em que predominaram a decisão “Em Transição”, mas que nas outras variáveis apresentaram as decisões “Próxima do Modelo Tradicional” e “Vinculada ao Modelo Tradicional”, foram designadas como “Em Transição”. Dessa maneira, o ajuste foi realizado no critério para a definição das unidades na abordagem qualitativa, tendo os pesos, quartis e o modelo de decisão permanecidos inalterados.

Dessa maneira, a caracterização das unidades no enfoque qualitativo apresentou a seguinte configuração (quadro 9):

Quadro 9 - Decisão final para as unidades participantes do enfoque qualitativo após o ajuste do modelo

Unidade de saúde da família/Entrevistado	Decisão Final
USF E01	Próxima do Modelo Ampliado
USF E02	Próxima do Modelo Ampliado
USF E03	Próxima do Tradicional
USF E04	Próxima do Modelo Ampliado
USF E05	Em Transição
USF E06	Em Transição
USF E07	Em Transição
USF E08	Em Transição
USF E09	Em Transição
USF E10	Próxima do Modelo Ampliado
USF E11	Próxima do Modelo Ampliado
USF E12	Em Transição
USF E13	Próxima do Modelo Ampliado
USF E14	Em Transição
USF E15	Em Transição

Adotado o novo critério, após revisitação do material empírico e ajuste dos critérios, foi observada a concordância para 100% das unidades, conforme mostra o quadro 10.

Quadro 10 - Confrontação entre as decisões finais do enfoque qualitativo e quantitativo após o ajuste do modelo

Unidade de Saúde da Família	Decisão final (enfoque qualitativo)	Decisão final (enfoque quantitativo)	Situação
USF E01	Próxima do Modelo Ampliado	Próxima do Modelo Ampliado	Concordância
USF E02	Próxima do Modelo Ampliado	Próxima do Modelo Ampliado	Concordância
USF E03	Próxima do Modelo Tradicional	Próxima do Modelo Tradicional	Concordância
USF E04	Próxima do Modelo Ampliado	Próxima do Modelo Ampliado	Concordância
USF E05	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E06	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E07	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E08	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E09	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E10	Próxima do Modelo Ampliado	Próxima do Modelo Ampliado	Concordância
USF E11	Próxima do Modelo Ampliado	Próxima do Modelo Ampliado	Concordância
USF E12	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E13	Próxima do Modelo Ampliado	Próxima do Modelo Ampliado	Concordância
USF E14	Em Transição	Em Transição	Concordância
USF E15	Em Transição	Em Transição	Concordância

A partir do ajuste, todas as unidades de saúde participantes do enfoque quantitativo foram submetidas ao modelo de decisão. Com base nas respostas dos profissionais ao instrumento quantitativo, foi possível avaliar as concepções dos profissionais acerca das ações de saúde mental, na AB, e categorizar as unidades quanto à aproximação ou distanciamento dos Modelos de Saúde de enfoque Tradicional ou Ampliado.

5.4 ANÁLISE DESCRITIVA E O MODELO DE DECISÃO

Depois do ajuste dos critérios, as unidades de saúde da família participantes apenas do estudo quantitativo foram submetidas ao modelo de decisão e a serão descritas a seguir.

Das 97 unidades de saúde da família distribuídas em cinco distritos de saúde no município de João Pessoa, 80 participaram do estudo, o que representa 82,47% das unidades. A tabela 1 apresenta a distribuição das unidades participantes por distrito.

Tabela 1 - Unidades de Saúde da Família participantes por Distrito Sanitário de Saúde

Distrito	Número de Unidades	Unidades participantes	%
Distrito Sanitário 1	27	27	100
Distrito Sanitário 2	17	14	82,35
Distrito Sanitário 3	18	12	66,66
Distrito Sanitário 4	18	12	66,66
Distrito Sanitário 5	17	15	88,23

A avaliação das unidades foi realizada a partir do modelo de decisão construído com base nos princípios da TCT. As unidades foram caracterizadas segundo a aproximação ou distanciamento com os Modelos de Saúde – o Modelo Tradicional e o novo Modelo proposto pelo SUS que denominamos Modelo Ampliado de Saúde. O modelo de decisão apresentou cinco decisões possíveis: Vinculada ao Modelo Tradicional; Próxima do Modelo Tradicional; Em Transição; Próxima do Modelo Ampliado e Vinculada ao Modelo Ampliado.

Na tabela abaixo serão apresentadas as decisões finais por distrito sanitário de saúde.

Tabela 2 – Decisão final para as Unidades de Saúde da Família participantes por Distrito Sanitário de saúde

	Vinculada ao Modelo Tradicional		Próxima do Modelo Tradicional		Em Transição		Próxima do Modelo Ampliado		Vinculada ao Modelo Ampliado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
DS 1	0	0	0	0	13	48,14	14	51,85	0	0	27
DS 2	0	0	0	0	9	64,28	5	35,71	0	0	14
DS 3	0	0	0	0	5	41,66	7	58,33	0	0	12
DS 4	0	0	0	0	10	83,33	2	16,66	0	0	12
DS 5	0	0	1	6,66	9	60	5	33,33	0	0	15

No que se refere à avaliação das unidades participantes, observa-se que houve uma frequência maior da decisão “Em Transição” e Próxima do Modelo Ampliado” para todos os distritos. A análise por distrito evidenciou que o Distrito Sanitário I e o Distrito Sanitário III apresentaram os maiores índices para a decisão “Próxima do Modelo Ampliado”, com 51,85% e 58,33% respectivamente.

Por sua vez, a decisão “Em Transição” apresentou os maiores índices para o Distrito Sanitário II (64,28%) e para o Distrito Sanitário IV (83,33). Chama-se atenção para o fato de que apenas uma unidade teve sua decisão definida como “Próxima do Modelo Tradicional”, representando 6,66% das unidades do Distrito Sanitário V. As decisões “Vinculada ao

Modelo Tradicional” e “Vinculada ao Modelo Ampliado” não foram designadas para nenhuma das unidades participantes.

Os resultados obtidos a partir do modelo de decisão corroboram com os achados da análise do material empírico do presente estudo, demonstrando que o cenário das ações de saúde mental realizadas, na AB, passa por um processo de transição do Modelo Tradicional para o Modelo Ampliado de Saúde. Isso significa que, assim como no enfoque qualitativo, a assistência à saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica ainda apresenta práticas tradicionais, que, quando superadas, culminará na **Transformação Paradigmática**.

Ao responder o instrumento com as 17 variáveis, assim como no enfoque qualitativo, ficou evidente que, quanto ao aporte teórico, os profissionais conseguem compreender as intenções das políticas públicas que direcionam o cuidado em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Assim, ainda existe o desafio das equipes de saúde das unidades em alinhar a prática ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Alguns estudos também evidenciaram desafios para a implementação das ações de saúde mental, na AB. Rodrigues e Moreira (2012) observaram, em seu estudo, que o diálogo sobre a saúde mental na Atenção Básica praticamente inexistia, o que dificulta o entendimento das equipes sobre o tema e impede a realização de ações que abordem a saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Como observado em nosso estudo, Magalhães et al. (2012) chamam a atenção para o fato de que ainda existem equipes que têm suas práticas voltadas para o Modelo Tradicional de saúde, de exclusividade biomédica, centrado nas demandas e não no atendimento às necessidades. Dessa maneira, a saúde mental é encarada como dissociada da saúde geral, na medida em que os profissionais enxergam a necessidade de especialidades para o cuidado, em saúde mental.

No estudo de revisão integrativa de Schutel, Rodrigues e Peres (2015), também ficou evidenciada a dissociação realizada pelos serviços entre a saúde mental e saúde geral, tendo os profissionais criado a dicotomia entre a atenção generalista e especialista, fragmentando o cuidado integral. Os autores chegaram a essa conclusão ao constatar que, nos estudos visitados, a maioria dos profissionais relatava o encaminhamento dos usuários com demandas em saúde mental para os serviços especializados e na AB, o cuidado se restringia à transcrição das receitas psiquiátricas.

Arce, Sousa e Lima (2011) também se depararam com a lógica do encaminhamento em seu estudo. Ao questionar os profissionais de uma equipe de saúde da família do Distrito Federal sobre as ações adotadas frente aos usuários que apresentam necessidades no campo da

saúde mental, a principal ação relatada foi o encaminhamento para outras unidades ou serviços de saúde, por não oferecerem, em suas práticas, qualquer tipo de ação específica para tais usuários.

Camuri e Dimenstein (2010) entendem que esse processo de cuidado, ainda existente na AB, reduz o sujeito e o seu sofrimento a uma prática fundamentada e centrada no saber médico, na qual não há a responsabilização da equipe pelas necessidades apresentadas pelo sujeito em sofrimento. Tal processo dificulta a construção de vínculos, afetos e corresponsabilização pelo cuidado. Dessa maneira, a fragmentação do sujeito contribui para uma assistência à saúde sem a preocupação com a integralidade do cuidado (CECÍLIO, 2001).

Venturini (2010) enfatiza que a psiquiatria tradicional desconsidera o contexto social como desencadeador do sofrimento mental, acreditando que as causas individuais é que são as responsáveis pela experiência do sofrimento. Essa visão endossa a vertente biomédica, que durante muitos anos foi o único tratamento oferecido aos usuários em saúde mental.

O Novo Modelo de saúde, o Modelo Ampliado, traz ideias e princípios que contrastam com o do Modelo Tradicional, nas quais considera o indivíduo em sua singularidade, pertencente a um círculo familiar, a um território, considerando os processos sociais que o circundam. Nesse sentido, Venturini (2010, p. 474) afirma que:

promover saúde mental significa de fato fornecer a todos os cidadãos [...] instrumentos para enfrentar a loucura: quer dizer, desenvolver conhecimentos e competência, apoiar concretamente na reintegração social, incentivar o protagonismo dos usuários, fortalecer o papel daqueles que podem modificar as estereotipias e o estigma.

Também existem estudos que demonstram que algumas equipes já conseguiram avançar no cuidado integral, em saúde mental. A prática do acolhimento tem se mostrado uma potente estratégia para o fortalecimento das ações pelas equipes, que conseguem se apropriar da realidade e necessidades dos usuários, dando um importante passo para longitudinalidade e integralidade do cuidado (OLIVEIRA et al., 2016).

Schutel, Rodrigues e Peres (2015) também destacam o acolhimento como estratégia privilegiada por entender que tal prática atende ao Modelo Ampliado de Saúde, considerando todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento. Defendem que é, a partir da escuta atenta e qualificada, que intervenções e práticas fragmentadas são evitadas, a exemplo da medicalização excessiva, culpabilização do sujeito e internações desnecessárias.

Outra importante ferramenta desvelada pelo estudo de Rodrigues e Moreira (2012) como potencializadora do cuidado em saúde mental, na AB, é o Matriciamento ou Apoio

Matricial. Campos e Nascimento (2007) enxergam o matriciamento como prática desmistificadora, principalmente na saúde mental, na medida em que oferece um leque de possibilidades para a produção da saúde, como a discussão de casos e a construção do projeto terapêutico singular.

Rodrigues e Moreira (2012) demonstraram os efeitos positivos das mudanças ocorridas na forma de abordagem aos usuários no cotidiano de trabalho das equipes. Os relatos dos participantes do estudo supracitado revelaram a descoberta de casos de encarceramento e formas desumanas de viver no território adscrito, assim como o desenvolvimento de habilidades por parte dos profissionais para lidar com o sofrimento daqueles que procuravam o serviço. As autoras ainda relatam que o impacto dessa nova maneira de cuidar pode ser percebido pelos profissionais à medida que os usuários que antes encontravam-se presos dentro de suas casas, já circulavam pela comunidade e iniciavam seu processo de construção de vínculo e interação social.

Do mesmo modo, Arce, Sousa e Lima (2011) trouxeram o Apoio Matricial e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família como primordiais para o fortalecimento do cuidado em saúde mental, na AB, na perspectiva da Educação Permanente. Segundo os autores, a equipe de saúde abordada no estudo considerou como essencial a contribuição destas ferramentas e do NASF, no sentido de construir e instituir no território um leque de ações em saúde mental, de modo a efetivar um cuidado pautado na integralidade.

Dessa maneira, diante dos resultados apresentados neste estudo, observa-se que as ações de saúde mental, na AB, ainda estão, aos poucos, sendo efetivadas, o que demonstra uma transição na construção do Novo Modelo de saúde e superação do Modelo Tradicional. Constata-se ainda a necessidade de potencialização desse processo, uma vez que alguns conceitos e práticas tradicionais ainda permeiam o cotidiano dos profissionais na Atenção Básica.

O modelo de decisão desenvolvido para este estudo oferece suporte para a avaliação das unidades de saúde da família no que diz respeito às práticas voltadas para o universo da saúde mental e sua designação quanto ao Modelo de Saúde, a partir da construção de índices avaliativos produzidos pelo modelo. Vale ressaltar que o modelo criado para o presente estudo pode ser adotado/replicado para outras unidades de outros municípios, visando à avaliação das unidades e geração de informações para a tomada de decisão acertada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luta pela mudança na atenção à saúde mental, no Brasil, teve início no final da década de 1970, e esse processo foi denominado de Reforma Psiquiátrica. Esse movimento reivindica um cuidado pautado na integralidade das ações, visando uma melhor qualidade de vida para os sujeitos, o respeito às diferenças e a garantia dos direitos humanos. Com a nova Concepção de Saúde, denominada **Concepção Ampliada de Saúde**, há a valorização de um cuidado humanizado, integral, a partir de práticas territoriais, comunitárias e que considerem o contexto histórico ao qual o sujeito está envolvido.

Logo, com a proposta do novo Modelo de Saúde, traduzido pelo SUS como a política de saúde do País, instaura-se a necessidade da reorientação dos pilares que dão sustentação ao Modelo Clássico de Atenção à Saúde, em vigor: o referencial teórico que informa a Política; a Organização dos Serviços de Saúde (para adequá-lo à correspondência do novo enfoque teórico) e os Processos de Trabalho que, quando efetivam a teoria, traduz-se em *práxis*. Toda essa estratégia seria necessária na perspectiva da superação do Modelo Tradicional.

Pensando na reorientação do Modelo de Assistência à Saúde Mental, foram investigadas as concepções dos profissionais de saúde das USF do município de João Pessoa acerca das ações de saúde mental, na AB. Os relatos dos participantes trouxeram temas, qualificadores de variáveis do estudo, que foram organizados em duas categorias: **Concepção Ampliada de Saúde e Concepção Tradicional do Processo Saúde-doença**.

Desse modo, as concepções dos sujeitos oscilaram entre as duas concepções de saúde existentes, na sociedade, atualmente, permitindo compreender que o processo de Reforma Psiquiátrica em João Pessoa se encontra em um momento histórico de transição para a **Transformação Paradigmática**, ou seja, há um processo de luta em andamento no sentido da superação do Modelo Psiquiátrico Tradicional. Tal conjuntura pode ser evidenciada a partir dos depoimentos dos profissionais que desvelaram que ainda há práticas e saberes ancorados no Modelo Tradicional que precisam ser superados para se alcançar o Novo Modelo que a perspectiva do SUS enseja: a inclusão da saúde mental, na saúde geral, o que qualifica um cuidado integral.

Inspirada pela experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, o enfoque da **Concepção Ampliada de Saúde** não considera mais apenas a doença como foco de intervenção, mas direciona o interesse da atenção para o sujeito em sua existência, em seu sofrimento, físico, emocional e social ampliando, assim, o campo de intervenção em saúde para além do enfoque biológico/mental, convocando o sujeito a se reconhecer como autônomo

e protagonista de sua história. Logo, propõe novas relações com a loucura, que não é mais vista como um fenômeno exclusivamente individual, mas sim como uma experiência humana singular influenciada por fenômenos sociais, culturais e subjetivos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

É necessário chamar a atenção para o fato de que, na perspectiva da superação do Modelo Psiquiátrico Tradicional e para a consequente efetivação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, não basta apenas a modificação nas intenções das políticas e a reorganização dos serviços, é necessário também mudar as concepções dos sujeitos, seus referenciais teóricos porque eles orientam os processos de trabalho. Essas mudanças podem alavancar as transformações necessárias para se evitar o reducionismo das ações, o estigma, o preconceito e a construção de uma nova compreensão do louco e da loucura. Só assim será possível uma efetiva aproximação com a **Transformação Paradigmática**.

Considerando a importância que os serviços de saúde geral prestem assistência à saúde mental, na AB, e considerando também o protagonismo da USF para a reorientação do Modelo de Saúde, o presente estudo propôs um modelo de decisão, fundamentado na Teoria Clássica dos Testes, para auxiliar gestores e profissionais da área da saúde na identificação da qualificação das USF do município de João Pessoa quanto ao seu *status* de aproximação ou distanciamento do Modelo Tradicional e Ampliado de Saúde.

As informações geradas pelo modelo de decisão permitiram caracterizar cada unidade de saúde participante do estudo e identificar o Modelo de Saúde ao qual a unidade está vinculada. A importância de tais informações decorre do seu potencial para ampliar a capacidade de transformação dos processos de trabalho das equipes e por permitir que, posteriormente, uma análise mais aprofundada das unidades que ainda estão ancoradas no Modelo Tradicional de Saúde possa ser realizada, adotando-se decisões mais acertadas para o problema posto, bem como para o planejamento de ações.

Como contribuições advindas do modelo de decisão proposto, objetivando o processo de reorientação do Modelo de Atenção à Saúde, observa-se a possibilidade do monitoramento da qualidade das ações e da equipe no cuidado à saúde mental dos usuários, representando um recurso adicional para a formulação de políticas públicas que fomente a integralidade das ações. Do ponto de vista das USF é possível identificar aquelas como prioritárias para intervenções junto à equipe de saúde no sentido de aprimorar a qualidade das ações e até mesmo, a inserção de novas ações de saúde mental no cotidiano de trabalho.

Trata-se de um modelo de decisão inovador, já que os encontrados na literatura não abordam a saúde mental no contexto da AB. Assim, o acompanhamento das equipes de saúde

da família poderá ser realizado de modo sistemático e fornecer indicadores para analisar os padrões de qualidade das ações de saúde mental realizadas.

Vale ressaltar que, o modelo de decisão construído, neste estudo, pode ser replicado para analisar unidades de saúde de outros municípios da Paraíba, assim como de outros estados do país, desde que seus objetivos estejam relacionados à análise das ações voltadas à saúde mental, na AB. É importante lembrar que a implantação e implementação de ferramentas que permitem a análise das práticas dos gestores em saúde ainda se constitui um desafio a ser superado e, dada a relevância dos modelos de decisão, reitera-se a utilização dos mesmos na política de avaliação, a nível gerencial.

A partir do estudo, reiteramos também que a AB é um espaço potencializador para o desenvolvimento das ações de saúde mental e, conseqüentemente, um lugar de produção de um cuidado integral. A proximidade com a realidade das famílias, com a comunidade e com o território endossam o caráter estratégico desse nível de complexidade, que tem a função de contribuir para a extinção de práticas ancoradas no Modelo Tradicional, sensibilizando e provocando mudanças no trabalho das práticas profissionais que qualificam o cuidado no sentido de um cuidado integral.

Atualmente vivemos um momento de enfrentamento à proposta de alteração da Política Nacional de Saúde Mental, que traz, em seu conteúdo, um retrocesso político-histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, colocando em risco a construção político/ideológica do movimento e a qualidade da assistência à saúde mental pautada em um cuidado integral. As alterações propostas desconsideram a portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que 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 SUS e altera o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências.

Nesse contexto, todo o movimento de luta pela saúde/saúde mental no país e suas conquistas para o processo de desinstitucionalização - que visa a extinção dos hospitais psiquiátricos e a inclusão de leitos de saúde mental em hospitais gerais - é desconstruído e há o aumento da burocratização das ações e do acesso para o cuidado em saúde mental. Vale ressaltar que o movimento pela RP preza por um cuidado humanizado, inclusivo e de base territorial e defende a integralidade das ações.

Desse modo, os resultados dessa pesquisa apontam para um cenário dialético de luta pela transformação paradigmática na assistência à saúde mental, ao mesmo tempo em que

desvela os desafios para a superação do Modelo Psiquiátrico Tradicional, reafirmando a necessidade da transformação da compreensão relativa ao louco e à loucura assim como, a necessidade de emancipação da opressão do enfoque positivista que se atém a diagnósticos e tratamento medicamentoso. É inegável o avanço nas conquistas advindas do movimento pela RP e, considerando a atual conjuntura, é necessário reafirmar o protagonismo dos usuários, familiares, militantes do movimento e profissionais da saúde para resistir ao retrocesso iniciado no ano de 2017 contra a Política Nacional de Saúde Mental. É necessário resistir para continuarmos na construção de um cuidado pautado na integralidade, no vínculo, na reinserção social, no cumprimento dos direitos adquiridos e em sua ampliação. Que a realidade opressora que perdurou por anos, como a tônica do cuidado às pessoas com transtornos mentais, continue como marca do passado a ser superada cotidianamente. Para que não se esqueça, para que nunca mais aconteça: por uma sociedade sem manicômios.

7 REFERÊNCIAS

ALBERT, M. K.; AHA, D. W. Analyses of Instance-based learning algorithms. Machine Learning, 1991.

AMARANTE P. D.; DIAZ, F. S. Os movimentos sociais na Reforma Psiquiátrica. **Cad Bras Saúde Mental**. 4(8):83-95, 2012.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. D. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, F. B.; FILHA, M. O. F.; DIAS, M. D.; SILVA, A. O.; COSTA, I. D. C.; LIMA, E. A. R.; MENDES, C. K. T. T. Promoting Elderly Mental Health in Basic Care: Community Therapy Contributions. **Texto & Contexto Enfermagem**. 19(1), 129-136, 2010.

ANDRADE, F. B.; FILHA, M. D. F.; VIANNA, R. P. D.; SILVA, A. O.; COSTA, I. D. C. Evaluation of Participant Satisfaction with Community Therapy: A Mental Health Strategy in Primary Care. **Psychiatric Quarterly**. 83(3), 325-334, 2012.

ARAÚJO, V. R. **Análise das práticas de cuidado ao idoso na atenção básica em saúde sob a perspectiva da integralidade na cidade de João Pessoa/PB**. Dissertação. Universidade Federal da Paraíba, 2012.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. *A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado*. Physis *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [2]: 541-560, 2011.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saude Soc.*, v.18, n.2, p.11-23, 2009.

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442. 2011.

BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. **A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire**. *Cienc Cuid Saude*, 13(2),191-192, Abr./Jun., 2014.

BARRETO, A. S. **Modelos de Regressão: teorias e Aplicações com o Programa Estatístico R**. Brasília: Alexandre Barreto, 2011.

BASAGLIA, F. **A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização**. In: AMARANTE, P. (Org). *Franco Basaglia: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Gramond, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Versão Preliminar. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica (39). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental em dados**, Brasília, v. 11, n. 11, out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS. 2012a. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica – Relatório de Gestão 2007- 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo 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, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção – Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção – Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: equipes de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BYNG, R.; NORMAN, I.; REDFERN, S.; JONES, R. Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health: case study of a process evaluation, **BMC Health Services Research**.2010.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L.; SANTOS, D. V. D.; STEFANELLO, S.; TRAPÉ, T. L.; PORTO, K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**. 16(12), 4643-4652, 2011.

CAMURI, D; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-13, dez. 2010.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**. 2007;23(2):399-407.

CAMPOS, F. C. B.; NASCIMENTO, S. P. S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. In: Caderno IPUB: nº 24. **Saúde mental na atenção básica**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007. p. 91-9.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, 1999;4(2):393-403.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunic, saúde, educ.**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Rio de Janeiro: UERJ:IMS; Abrasco, 2001.

CHACHAMOVICH, E. **Teoria de resposta ao item: aplicação do modelo Rasch em desenvolvimento e validação de instrumentos em saúde mental**. Tese. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

CHAN, W. S.; WHITFORD, D. L.; CONROY, R.; GIBNEY, D.; HOLLYWOOD, B. A multidisciplinary primary care team consultation in a socio-economically deprived community: an exploratory randomised controlled trial. **BMC Health Services Research**. 11(15), 2011.

CHIAVERNI, D. H. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COHEN, J. A. Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*. v.20, n.1,p.37-46, 1960.

CONGALTON, R. G. A review of assessing the accuracy of classifications of remotely sensed data. *Remote Sensing of Environment*, v. 49, n. 12, p. 1671-1678, 1991.

COSTA, W. G. A; MAEDA ST. Repensando a rede básica do SUS e o distrito sanitário. **Saúde Debate**, 2001; 25(57):15-29.

COSTA, F. R. M.; LIMA, V. V.; SILVA, R. F; FIORONI, L. N. Challenges of matrix support as educational practice: mental health in primary healthcare. **Interface (Botucatu)**. 19(54):491-502, 2015.

COSTA, P. C. P.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de Enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**. 25(1), 2016.

COVER, T. M. Estimation by the nearest neighbor rule. **IEEE Transactions on Information Theory**, 14, 50-55. 1968.

DELGADO, P. G. G. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. do R. (Org.) **Cidadania e loucura – origens das políticas de saúde mental no Brasil**. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

DOWBOR, T. P.; WESTPHAL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2013;47(4):781-90.

EUGENIO, B. D.; GLASS, M. The Kappa Statistic: A Second Look. **Computational Linguistics**, v.30, n.1, 2004.

FARIAS, D. N. **A interdisciplinaridade na prática profissional na estratégia da saúde da família**. Dissertação. Universidade Federal da Paraíba 2015.

FERNANDES, E. R. Q.; CARVALHO, A. P. L.; COELHO, A. L. V. Ensembles de Classificadores para Bases de Dados Desbalanceadas: Uma Abordagem baseada em Amostragem Evolucionária. Symposium on Knowledge Discovery, Mining and Learning, KDMILE 2014.

FICKEL, J. J.; YANO, E. M.; PARKER, L. E.; RUBENSTEIN, L. V. Clinic-Level Process of Care for Depression in Primary Care Settings. **Administration and Policy in Mental Health**. 36(2), 144-158, 2009.

FIORIN, J. L. **Linguagem e Ideologia**. São Paulo: Ática, 1998. 6 ed.

FRANKEL, R. M.; SALLYERS, M. P.; BONFILS, K. A.; OLES, S. K.; MATTHIAS, M. S. Agenda setting in psychiatric consultations: an exploratory study. **Psychiatric Rehabilitation Journal**. 36(3), 195-201, 2013.

FREUND, Y.; SCHAPIRE, R. E. Experiments with a new boosting algorithm. In Proc. of the 13th ICML, pages 148–156, Bari, Italy. Morgan Kaufmann. 1996.

FUNK, M., SARACENO, B.; DREW, N.; FAYDI, E. Integrating mental health into primary healthcare. **Mental Health in Family Medicine**. 5(1):5-8, 2008.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr-jun 2014.

GENTILE DE MELLO, C. Privatização e produtividade dos serviços de saúde – pesquisa setorial sobre a incidência de cesárea. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, v.10, n.3, 3-11, 1969.

GIDDING, L. G.; SPIGT, M. G.; DINANT, G. J. Stepped collaborative depression care: primary care results before and after implementation of a stepped collaborative depression programme. **Family Practice**. 31(2):180-92, 2013.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOLDSTEIN, R. A. A cartografia na Estratégia de Saúde da Família: instrumentos para incorporação do território na atenção primária à saúde. 2012. 63 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, L. F. A. M. **Teoria da decisão**. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

GUEVARA, J. P.; GREENBAUM, P. E.; SHERA, D.; BAUER, L.; SCHWARZ, D. F. Survey of mental health consultation and referral among primary care pediatricians. **Academic Pediatrics**. 9(2), 123-127, 2009.

HISCOCK, H.; BAYER, J. K.; LYCETT, K.; UKOUMUNNE, O. C.; SHAW, D.; GOLD, L.; GERNER, B. LOUGHMAN, A.; WAKE, M. Preventing mental health problems in children: the Families in Mind population-based cluster randomised controlled trial. **BMC Public Health**. 12:420, 2012.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. *Applied Logistic Regression*. 2nd ed. New York: J.Wiley & Sons, 2000.

IGNÁCIO, S. A. Importância da estatística para o processo de conhecimento e tomada de decisão. *Revista Paranaense de Desenvolvimento*, Curitiba, n.118, p.175-192, jan./jun. 2010.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 66(5), 738-744, 2013.

KERSE, N.; HAYMAN, K. J.; MOYES, S. A.; PERI, K.; ROBINSON, E.; DOWELL, A.; ARROLL, B. Home-based activity program for older people with depressive symptoms: DeLLITE – A randomized controlled trial. **Annals of Family Medicine**. 8(3), 214-223, 2010.

KESSLER, R. Mental health care treatment initiation when mental health services are incorporated into primary care practice. **Journal of the American Board of Family Medicine**. 25(2), 255-259, 2012.

LAUKKANEN, E.; HINTIKKA, J. J.; KYLMÄ, J.; KEKKONEN, V.; MARTTUNEN, M. A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. **BMC Health Services Research**. 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-74, 2011.

LI, X.; HU, B.; SHEN, J; XU, T. RETCIFFE, M. Mild Depression Detection of College Students: an EEG-Based Solution with Free Viewing Tasks. *Journal of Medical Systems* 39: 187. 2015.

LUCENA, K. D. T.; SILVA, A. T. M. C.; MORAES, R. M.; SILVA, C. C.; BEZERRA, I. M. P. B. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 28, p. 1111-1121, 2012.

MAGALHÃES, V. C.; PINHO, L. B.; LACCHINI, A. J. B.; SCHNEIDER, J. F; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. *R. pesq.: cuid. fundam. online* 2012. out./dez. 4(4):3105-17.

MARIN, M.J.S; MARCHIOLI, M; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm*; Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-8. Jul-Set 2013.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saude Publica*, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

MENEAR, M.; DUHOUX, A.; ROBERGE, P.; FOURNIER, L. Primary care practice characteristics associated with the quality of care received by patients with depression and comorbid chronic conditions. **General Hospital Psychiatry**. 36(3), 302-309, 2014.

MINAYO, M. C. **S.O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, R. M.; SOARES, R. A. S. Modelos de Decisão aplicados à Saúde: teoria e Prática. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10 (2), p. 07-10, jun. 2016.

MORENO, E.; MORIANA, J. A. The treatment of mental health and psychological problems in primary care. **Salud Mental**. 35(4), 315-322, 2012.

MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. O. Estatística Básica. 8. Ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, J.; ROCHA, R. A.; LOPES, V. A.; CORRÊA, D. P.; BELLANDA, P. R.; BUDNI, T. As percepções do cuidado em saúde mental pelos profissionais de saúde de uma unidade básica de saúde do município de Itajaí-SC. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.6, n.2, p.44.-53, 2016.

PAIM J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-87.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PASQUALI, L. **Psicometria**. Teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo –SP, vol. 43, n. esp. p: 992-9, 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n. 12, pp. 4579-4589, 2011.

RAMOS, G. C. F.; CARNEIRO, J. A.; BARBOSA, A T. F.; MENDONÇA, J. M. G.; CALDEIRA, A. P. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **J Bras Psiquiatr**. 2015, 64(2):122-31.

RELATÓRIO FINAL DA 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

RIBEIRO, Elisa Antônia. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais, Araxá/MG, n. 04, p.129-148, maio de 2008.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da saúde mental com a atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.599-611, 2012.

RODRIGUES, L.B.B. et al. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: Uma revisão integrativa. **Cien Saude Colet.**, v. 19, n. 2, p. 343-52, 2014.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. S. (org.). **Desinstitucionalização**. 2ª. Edição. São Paulo: Hucitec; 2001.

SCHUTEL, T. A. A.; RODRIGUES, J.; PERES, G. M. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde**, 2015, v. 8, n. 2, p. 85-93.

SIMON, C. **Desempenho das equipes de saúde da família do município de Santa Rosa-RS no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a satisfação do usuário** [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Aberta do Brasil, Curso de Especialização em Gestão de Saúde, Escola de Administração / UFRGS; 2015.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2002. 213 p.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 210 p.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, 26 (1), p. 32-43. 2014.

SOUZA, J. A.; MEDEIROS, A. T.; ANJOS, U. U. Fatores associados à violência conjugal em um grupo de mulheres no município de João Pessoa-Paraíba. **Tempus, Actas de saúde colet**. Brasília, 10(2), 81-102, jun. 2016.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TAN, S. An effective refinement strategy for KNN text classifier. **Expert Systems with Applications**, 30, 2, 290-298.2006.

TAN, P. N.; STEINBACH, M.; KUMAR, V. **Introdução ao data mining**: mineração de dados. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr., 2002.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p. 3615-624, 2010.

TURATO E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 2005. Jun. 39(3):507-14.

VENTURINI, E. “O Caminho dos Cantos”: morar e intersectorialidade na saúde mental. **Revista da Psicologia**, vol. 22, n. 3, p. 471-480, set/dez 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. 2013.

VIEIRA, S. Introdução à Bioestatística. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

YOSHIMITANAKA, O.; JÚNIOR, M. D.; CRISTO, E. B.; SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S. Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão no SUS. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.1, p.34-45, 2015.

Apêndice A – Questionário sociodemográfico

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Unidade de Saúde à qual está vinculado: _____

Há quanto tempo trabalha na unidade? _____

Apêndice B – Instrumento acerca das ações de Saúde Mental na Atenção Básica

A saúde mental não está dissociada da saúde geral. Depois do advento do SUS (Sistema Único de Saúde) essa afirmação nos leva a reconhecer que além das demandas há necessidades de saúde mental que precisam ser reconhecidas pelos serviços de Saúde na Atenção Básica. Assim, os profissionais têm o desafio de perceber e intervir sobre essas questões, lançando mão de práticas que podem ser realizadas por todos os trabalhadores. Na perspectiva do cuidado integral essas práticas devem ser baseadas no princípio da Integralidade, preconizadas pelo Ministério da Saúde, que se traduzem nas categorias relativas: à Abordagem Familiar, ao Acolhimento, à Atenção Domiciliar, à Cartografia, ao Diagnóstico Situacional, ao Ecomapa, à Educação Permanente, ao Genograma, aos Grupos, à Intersetorialidade, à Mediação de Conflito, às Práticas Integrativas e Complementares, ao Projeto Terapêutico Singular, à Rede de Cuidados, à Redução de Danos, à Reunião de Equipe e à Terapia Interpessoal Breve (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, assinale verdadeiro ou falso às sentenças.

Abordagem Familiar

Trabalhar considerando a abordagem familiar significa que a saúde da família vai além da soma da saúde dos indivíduos. Nesse enfoque:

- () Na abordagem familiar o cuidado leva em consideração a experiência da família ao longo do tempo, trabalhando com todos da família, tanto doentes como sadios.
- () Para trabalhar com a abordagem familiar é preciso que cada especialidade se responsabilize por sua área de atuação e ofereça um cuidado especializado à família.
- () Nessa abordagem oferecem-se cuidados intensivos, semi-intensivos ou não intensivos aos usuários diagnosticados com neuroses ou psicoses graves que podem já ter ou não histórico da doença.
- () Que a família enquanto um sistema é afetada pela mudança de qualquer um de seus membros e o profissional pode promover apoio mútuo e compreensão entre os membros da família.
- () É um trabalho da equipe com a família realizado quando o indivíduo passar a apresentar sinais de evolução mais significativos para poupar a família de atritos e discussões.

Acolhimento

Considerando que o acolhimento é o processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, como uma estratégia de aproximação com a integralidade, essa prática implica:

- () Ouvir as queixas das pessoas, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada.
- () Fazer busca ativa de situações-problema e/ou analisar a demanda, garantir os primeiros passos em direção à aproximação com a atenção integral, resolutiva e responsável.

- () Estabelecer a verticalidade do cuidado, ou seja, uma hierarquia na rede, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.
- () Expressa uma ação de aproximação com os usuários, constituindo uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, realizado em local e horário definidos.
- () Leva ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde, ouvindo o usuário quando possível.

Atenção domiciliar/ visita domiciliar

Atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde incorporada pelo SUS na qual o profissional vai ao encontro do usuário em seu domicílio. Nessa perspectiva, a atenção domiciliar:

- () Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio.
- () Garante legalmente à família a continuidade de cuidados integrados às redes de atenção à saúde no território.
- () Apesar de ser um instrumento muito importante não está ainda institucionalizado como uma prática respaldada em documentos legais, como portarias, decretos, entre outros.
- () Preocupa-se com o acolhimento dos usuários pouco desestruturados que demonstrem dificuldades para acompanhar as atividades estruturadas.
- () Constitui um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, sendo realizada sempre que há a necessidade de se aplicar vacinas.

Cartografia

A cartografia é a técnica de elaboração de mapas, cartas e outras formas de expressão ou representação de objetos, fenômenos e ambientes físicos e socioeconômicos, em uma tentativa do homem conhecer o mundo que habita. A cartografia vem sendo utilizada com maior frequência no âmbito da saúde. Desse modo, a cartografia:

- () Descreve a região geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada.
- () Permite aos profissionais entender o movimento com que se produz o cuidado, sempre atentos à dinâmica dos acontecimentos no território.
- () É um instrumento gerencial para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS.
- () Supera os mecanismos tradicionais, valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade.

() Revela as formas de expressão do trabalho, da gestão do cuidado, do encontro entre trabalhador e usuário, os afetos que circulam entre os sujeitos.

Diagnóstico situacional

Considerando que o diagnóstico situacional é o método utilizado para o mapeamento e análise das condições de saúde e risco de uma determinada população, para posteriormente planejar e programar ações, o diagnóstico situacional:

() Valoriza as potencialidades dos usuários e da comunidade, permitindo ativar os recursos do território seguindo a hierarquização padrão da rede.

() Ajuda no contato com a pessoa, família, grupo ou coletivo em que o acolhimento e a escuta cuidadosa e sensível favorecem o vínculo.

() Ajuda a controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participa da produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos.

() É importante para identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes tanto dos usuários que buscam ajuda quanto daqueles que não manifestam suas necessidades de saúde.

() É necessário para as ações de vigilância sanitária e epidemiológica bem como as de saúde do trabalhador, incrementando o desenvolvimento científico e tecnológico no SUS.

Ecomapa

O ecomapa consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, das relações entre a família e a comunidade, como por exemplo a igreja, a associação de moradores, a praça... Desse modo, o ecomapa:

() Como ferramenta para a abordagem familiar não apresenta grande eficácia para as ações de saúde, mesmo com o fortalecimento do vínculo entre o profissional/família.

() Ordena a formação de recursos humanos na área de saúde estimulando a participação da família na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.

() Convida as famílias a participarem do controle e fiscalização da produção, transporte e utilização de materiais que poluem o território, colaborando na proteção do meio ambiente.

() Ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família e pode apontar a presença de recursos na comunidade.

() Pode ser aplicado a todas as famílias, sendo ideal para famílias com maiores dificuldades relacionais tanto intrafamiliar, quanto sociais.

Educação Permanente

A Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Assim, a Educação Permanente:

- () É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade do trabalho e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.
- () Sugere que o processo de educação permanente considere que as necessidades de formação sejam pautadas pelas preferências pessoais de atuação dos profissionais.
- () Visa a participação popular e o estabelecimento de parcerias entre Estado e sociedade civil para que juntos possam atingir o objetivo de melhoria das condições de vida.
- () Tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, a partir da problematização do processo de trabalho.
- () É um instrumento capaz de interferir nas políticas públicas, interagindo com o Estado na definição de prioridades e na elaboração dos planos de ação do município.

Genograma

O Genograma é uma representação gráfica da família, que permite que o indivíduo pare e reflita sobre a dinâmica familiar, os problemas mais comuns que a afligem e o enfrentamento do problema pelos membros da família. Nessa perspectiva, o genograma:

- () É imprescindível para a atuação da equipe de atenção básica no cuidado em saúde mental dos usuários, já que sem traçar o genograma, pouco pode ser feito pela saúde mental das famílias.
- () Facilita a compreensão da família e permite identificar, de maneira mais rápida, a dinâmica familiar e suas possíveis implicações para os usuários do serviço.
- () É um recurso utilizado por médicos para o diagnóstico de uma doença hereditária dentro de uma determinada família, objetivando a busca ativa de outros casos e a prevenção de possíveis agravos.
- () Reúne informações sobre a doença de um usuário que busca ajuda, as doenças e transtornos familiares, a rede de apoio psicossocial e os antecedentes genéticos.
- () É uma ferramenta de abordagem individual e familiar que pode ser desenhada numa entrevista demonstrando que o ciclo de vida familiar de pessoas de classe econômica popular é diferente do ciclo de vida das classes mais favorecidas.

Grupos

O grupo é um conjunto de pessoas reunidas com o propósito de fazer atividades mediante ações e uso de materiais, na confecção de artesanatos, em artes plásticas, desenho, teatro, entre outras. Nesse enfoque, o grupo:

- () É um espaço produtor de saúde que sofre interferências dos determinantes e condicionantes de saúde dos sujeitos, que deve ser conduzido por um especialista.
- () Permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado.

- () É composto por uma pluralidade de integrantes, com diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações.
- () Proporciona escuta e atende as demandas do grupo observando os meios para encorajar os usuários mais estáveis a buscarem soluções para os problemas.
- () Mantém a sensação de identidade individual e do grupo, tendo o profissional a responsabilidade de tomar decisões pelo grupo para seu melhor acolhimento e segurança.

Intersetorialidade

A intersectorialidade é uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania. Desse modo, a intersectorialidade:

- () É um princípio importante para o trabalho em saúde mental e deve orientar parcerias permanentes com outros setores como educação e a assistência social.
- () As ações são realizadas pelos profissionais de saúde junto a outros setores, cada um trabalhando individualmente em sua especificidade, ampliando o acesso das pessoas com transtorno mental.
- () Permite a elaboração de normas técnicas sem estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.
- () A construção de ações intersectoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes e práticas entre os diversos setores envolvidos buscando oferecer melhoria na qualidade de vida.
- () Estimula as ações de um setor por vez, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde e que fortaleça a participação social.

Mediação de conflito

A Mediação de Conflito é um instrumento para resolução pacífica de conflitos em diferentes campos de atuação, dentre eles na Atenção Básica. Nessa perspectiva, a mediação de conflito:

- () Nas situações de conflito, os profissionais tentam mediar essas situações e assumem um papel de agente neutro, mesmo que não tenha como objetivo resolver o conflito.
- () Regula no território a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades do sistema cidadão de serviços, benefícios, programas, projetos e ações de Assistência Social.
- () Estabelece a divisão de responsabilidades entre os trabalhadores para instalar, regular, manter e expandir as tentativas de resolução do conflito.
- () Pressupõe a utilização e o desenvolvimento de habilidades comunicativas, cognitivas, sociais e emocionais dos profissionais.

() Deve ser uma prática que envolve um processo de intervenção responsável, cooperativa e paradigmática.

Práticas integrativas e complementares

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Assim, as PIC:

() Visa trabalhar de forma verticalizada e circular ao propor que cada um que participe da sessão seja corresponsável no processo terapêutico.

() Realizam a análise do desempenho do usuário, considerando-se a compreensão da interação da pessoa com seus problemas e o contexto do desempenho.

() São transversais e verticais nos diversos pontos de atenção, mas desenvolvem-se prioritariamente na Atenção Especializada, pois, em geral, usam tecnologias de elevada complexidade.

() São práticas que compartilham um entendimento diferenciado sobre o processo saúde-doença, ampliando a visão desse processo e as possibilidades terapêuticas.

() Contribuem para a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, estimulando novas práticas e hábitos.

Projeto Terapêutico Singular

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Dessa maneira, o PTS:

() É um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade padrão de cuidado integral à pessoa com transtorno mental instalado, determinada em uma reunião com toda a equipe de saúde.

() Apresenta as ações de uma equipe interdisciplinar que devem ser norteadas por um projeto, desenvolvido por cada área profissional, não sendo necessário um projeto coletivo para a equipe.

() Requer da equipe uma prática estruturante com objetivo comum e ação conjunta, deixando de garantir as especificidades de cada membro, orientada por regiões do saber que busca efetivar trocas com diferentes disciplinas.

() Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

() É um instrumento que valoriza a fala e vontades do usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito, mantendo sempre no seu horizonte o caráter provisório da sua construção.

Rede de cuidados

A rede de cuidados é um conjunto de pessoas e instituições organizadas em lugares estratégicos que oferece suporte à saúde. Essa rede se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores que, no ambiente de trabalho, estabelecem conexões entre si. Desse modo, a rede de cuidados:

- () A rede, além do disposto, ainda contribui para a construção dos mapas geopolíticos nos territórios.
- () Possibilita o acesso contínuo a serviços da rede especializada, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial do SUS.
- () São ativadas e se mantêm funcionando pelos trabalhadores, e seu funcionamento acontece mediante um determinado projeto terapêutico.
- () A rede potencializa a eficácia na produção de saúde e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS, estando em construção permanente nos territórios.
- () Estimula a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

Redução de danos

A redução de danos são ações para reduzir danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Sobre a redução de danos:

- () É realizada com o objetivo da abstinência do uso de drogas e as ações ocorrem sempre na rua, local onde as pessoas dependentes vivem.
- () Considera-se a recaída como situação própria do tratamento, devendo o redutor de danos discutir com o paciente a superação da ocorrência, com vistas à abstinência.
- () São medidas de atenção integral à saúde, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade.
- () Cria possibilidades de vivências internas refletidas no cotidiano externo, sem o vínculo com a droga, desconstruindo o modelo anterior e recriando tarefas e projetos.
- () São ações realizadas através de informação, educação e aconselhamento; assistência social e à saúde; e disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção de agravos.

Reunião de equipe

As reuniões de equipe se caracterizam como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e responsabilização das ações. Desse modo, a reunião de equipe:

- () Possibilita a discussão de casos, o planejamento e avaliação de ações, a troca de conhecimentos, a abordagem interdisciplinar, sendo mais um recurso fundamental do cuidado em saúde mental.
- () É um local de diálogo e que é preciso que todos os profissionais tenham direito à voz e à opinião, para que possam fechar o diagnóstico dos transtornos mentais.
- () É pautada em uma relação dialógica e vertical entre os profissionais que compõem a equipe e está baseada em uma abordagem centrada na pessoa.
- () Assegura a eficiência e eficácia do processo ensino-aprendizagem entre os profissionais, oferecendo condições e facilitando a relação entre os membros.
- () É um espaço no qual a equipe planeja um projeto terapêutico singular para os usuários, sendo também distribuídas as tarefas entre os profissionais.

Terapia Interpessoal Breve

A *Intervenção Breve (IB)* é uma estratégia terapêutica que vem sendo cada vez mais utilizada na abordagem das pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, especialmente nos serviços que compõem a Rede de Atenção Básica à Saúde. Nesse enfoque, a Terapia Interpessoal Breve:

- () O sucesso dessa prática depende sobretudo do contrato social formal entre as partes: profissionais de saúde e interessados.
- () É uma prática de baixo custo para sua implementação e manutenção, pela efetividade constatada por alguns estudos, podendo ser efetivada por qualquer profissional da equipe de saúde.
- () O atendimento psicológico sistemático busca facilitar a realização das ações próximas do indivíduo adoecido, intervindo, acolhendo e orientando sobre os conflitos causadores pelo adoecer.
- () O profissional busca criar, através de atividades, meios para o paciente desviar o pensamento de seu transtorno, de sua dor e de seu problema.
- () É utilizada também para intervenções em situações de conflito e/ou crises, por ter como objetivo identificar o problema e estimular a pessoa a alcançar determinadas metas estabelecidas em parceria com o profissional de saúde.

Apêndice C – Questão norteadora para entrevista semiestruturada

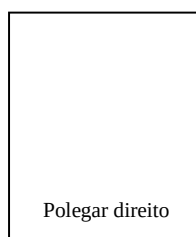
1. Descreva um dia de seu trabalho.

Apêndice D - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

- 1- Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: Políticas de Saúde Mental para efetivação de um cuidado integral na Atenção Básica. Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo investigar os conteúdos da Política de Saúde Mental – teoria e prática - através dos quais se organiza o cuidado de Saúde Mental na Atenção Básica.
- 2- A sua participação na pesquisa se dará por meio da sua colaboração em responder ao questionário sociodemográfico, instrumento acerca das ações de Saúde Mental na Atenção Básica e participar da entrevista, que durará em média 20 minutos.
- 3- Esse estudo não apresenta risco atual ou potencial, individual ou coletivo à saúde ou à sua vida, nem tampouco oferecerá constrangimento ou danos no ambiente de trabalho.
- 4- A partir dessa pesquisa, esperamos identificar se o cuidado de Saúde Mental na Atenção Básica contempla os objetivos traçados pelo Ministério da Saúde, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.
- 5- Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador responsável é Luciano Belas e Silva Filho, que pode ser encontrado no Departamento de Estatística, no Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN), da Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária - Campus I. Castelo Branco - João Pessoa, nos telefones: (83) 3216-7592 ou 98613-5474, ou ainda no e-mail: luciano_bsfilho@hotmail.com.
- 6- É seu direito, como participante de uma pesquisa, continuar ou não voluntariamente neste estudo. Compreendendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo feito. Caso opte por abandonar a participação no estudo, basta que entre em contato com qualquer um dos pesquisadores e manifeste a sua intenção sem que precise oferecer qualquer justificativa para tal.
- 7- Direito de confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos demais voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.
- 8- Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante, em toda a fase do estudo, incluindo todo o processo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação;

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li, descrevendo o estudo Políticas de Saúde Mental para efetivação de um cuidado integral na Atenção Básica. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.



João Pessoa, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da testemunha

Contato do pesquisador responsável

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com o pesquisador Luciano Belas e Silva Filho. E-mail: luciano_bsfilho@hotmail.com. Telefone: (83) 98613-5474

Ou

Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde

Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN), da Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária - Campus I. Castelo Branco - João Pessoa, nos telefones: (83) 3216-7592. E-mail: mds@de.ufpb.br

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Cidade Universitária – 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB. Fone: (83) 3216-7229 - E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O participante da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido termo.

Anexo I – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DA PARAÍBA**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL PARA EFETIVAÇÃO DE UM CUIDADO INTEGRAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: LUCIANO BELAS E SILVA FILHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68319117.8.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.102.117

Apresentação do Projeto:

Pós graduação em modelos de decisão e saúde. Dissertação. Orientadores Profª. Drª. Ana Tereza Medeiros Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes.

Estudo transversal, exploratório, descritivo, de enfoque qualitativo e quantitativo.

O estudo apresenta como hipótese que na conjuntura atual as equipes dos serviços da Atenção Básica apresenta dificuldades para abarcar o cuidado em Saúde Mental, o que limita a inserção desse cuidado neste nível de complexidade. Desse modo, as ações de saúde mental que deveriam ser realizadas na Atenção Básica não estão sendo contempladas.

A unidade de análise será as unidades de saúde da família do município de João Pessoa-PB com base toda a população de João Pessoa. Será solicitada uma planilha à secretaria municipal de Saúde, constando a quantidade de unidades de saúde da família existentes no município, para determinar o quantitativo de unidades que serão investigadas. médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Serão utilizados como critérios de inclusão: ser profissional vinculado à unidade de saúde da família; estar trabalhando, no mínimo, há três meses na unidade de saúde e aceitar contribuir com a pesquisa. Coleta de dados: A coleta de dados será realizada por entrevistadores, que serão submetidos a um treinamento prévio, a partir de visitas aos serviços de saúde. Um questionário para a coleta das variáveis sociodemográficas como sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão e (2) um instrumento para assinalar as sentenças em verdadeiras e falsas, desenvolvido através de documentos oficiais que preconizam as ações de saúde mental que devem ser realizadas no âmbito da Atenção Básica. Os dados serão analisados pelo método estatístico K-Nearest Neighbor (kNN), com posterior utilização do algoritmo AdaboostM1. Enfoque Qualitativo: para a construção desta pesquisa a técnica utilizada para análise do material empírico será a Análise do Discurso defendida

por Fiorin. Para selecionar os participantes da pesquisa, serão convidados os profissionais de três equipes, cada uma de uma Unidade Básica de Saúde diferente

Objetivo da Pesquisa:

Investigar os conteúdos da Política de Saúde Mental – teoria e prática - através dos quais se organiza o cuidado de Saúde Mental na Atenção

Básica.

Identificar as intenções da Política de Saúde Mental por meio dos documentos oficiais – leis, decretos, portarias, etc.; Verificar as práticas de Saúde

Mental nas Unidades Básica de Saúde da cidade de João Pessoa; Analisar a adequação e efetivação entre teoria e prática da Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Levando-se em consideração a natureza do estudo, ou seja, que ele não possui um caráter de intervenção e por não se tratar de procedimentos invasivos ou exposição da identidade dos participantes, pode-se dizer que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. O uso das informações pessoais somente ocorrerá a partir da permissão do participante da pesquisa, através da leitura e posterior assinatura do termo de livre esclarecimento, sendo garantida total confidencialidade da fonte dos dados e garantido sigilo das informações pessoais. Assim os riscos do estudo estariam limitados à possibilidade de constrangimento para responder as questões, sendo assegurado a este a opção de não responder qualquer uma das questões. Espera-se minimizar os riscos com esclarecimentos prévios acerca da pesquisa e da importância da participação dos mesmos.

Essa pesquisa contribuirá no sentido de apresentar um panorama geral do desenvolvimento das ações de saúde mental na Atenção básica e apresentar aos gestores informações úteis para um melhor entendimento do processo de trabalho das equipes, auxiliando assim no processo de tomada de decisão ao oferecer subsídios que podem ser considerados na elaboração de políticas públicas de Saúde Geral e Saúde Mental. Espera-se contribuir também no suporte a futuros estudos nessa temática e possibilitar ações que melhorem a qualidade do cuidado oferecido à população na Atenção Básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com contribuições atuais ou potenciais da pesquisa para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade. Relevante, muito bem fundamentada e descrita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou certidão da pós graduação, projeto, cronograma, recursos, anuência da Secretaria de Saúde, folha de rosto e TCLE, incluiu protocolo.

Recomendações:

APROVADO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o que preconizam as resoluções 510/12 e 466/12 portanto o projeto está APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_920025.pdf	12/05/2017 16:08:27		Aceito
Outros	ANUENCIADEPARTAMENTO.pdf	12/05/2017 16:06:59	LUCIANO BELAS E SILVA FILHO	Aceito
Outros	ANUENCIAGES.pdf	12/05/2017 16:06:31	LUCIANO BELAS E SILVA FILHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLECOMITE.pdf	12/05/2017 16:02:05	LUCIANO BELAS E SILVA FILHO	Aceito
Justificativa de Ausência				
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	12/05/2017 16:00:38	LUCIANO BELAS E SILVA FILHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ANTEPROJETO.pdf	12/05/2017 15:59:49	LUCIANO BELAS E SILVA FILHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 06 de Junho de 2017

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)