

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Paolo Porciúncula Lamb

**A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**João Pessoa
2019**

Paolo Porciúncula Lamb

A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

João Pessoa
2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L218p Lamb, Paolo Porciuncula.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA / Paolo Porciuncula Lamb. - João
Pessoa, 2019.

84 f.

Orientação: Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Rede
de Atenção Psicossocial. I. Brito, Geraldo Eduardo
Guedes de. II. Título.

UFPB/BC

Paolo Porciúncula Lamb

A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Banca Examinadora



Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (Presidente/ Orientador)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa (Membro titular)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Prof. Dra. Ardigleusa Alves Coelho (Membro titular)
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Prof. Dra. Andréa Loureiro Roges (Membro externo)
Universidade Federal da Pernambuco - UFPE

Data da Aprovação: 31 de outubro de 2019.

João Pessoa
2019

Cada um de seus momentos é algo novo que se junta ao que havia antes. Vamos mais longe: não é algo novo, mas algo imprevisível. Bérqson (1907)

AGRADECIMENTOS

Sobretudo a Deus por me iluminar a vida, mostrando-me o caminho a seguir e por me guiar, dando-me alegrias e forças para superar as tristezas e conquistar os objetivos almejados.

À minha família, pelo apoio incondicional e compreensão nos momentos ausentes e por estarem presentes em minha caminhada.

Agradeço também pela dedicação, apoio e conhecimento, ao orientador Prof. Dr. Eduardo Guedes de Brito. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões que foram fundamentais ao longo de todo percurso, na qual contribuiu para o meu crescimento enquanto pesquisador.

A minha amiga e colega Enfermeira Dra Andrea Roges, pelas suas contribuições para a organização desta pesquisa.

Aos colegas e amigos do mestrado pelo privilégio de compartilhar e aprender novas experiências durante toda trajetória do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Às pessoas que participaram da pesquisa os meus sinceros agradecimentos, pois sem vocês seria impossível a realização deste trabalho;

A Equipe da Unidade de Saúde da Família Professor Dr. Hélio Mendonça pela disponibilidade em participar das entrevistas e conhecer o maravilhoso trabalho que executam com a comunidade.

Aos amigos de Porto Alegre, Recife e outros cantos, que sempre me apoiam e me possibilitam acreditar que ainda existe respeito, compreensão, carinho e amor ao próximo.

Aos professores do MPSF/UFPB e pareceristas, Filipe, Ardigleusa e Franklin, pela avaliação e contribuição para minha dissertação, colaborando de maneira significativa para o aprimoramento deste trabalho.

Aos colegas e usuários do CAPS AD Vicente Araújo por compreender minhas ausências, meus pedidos e que o mestrado profissional possa permitir para melhorar o processo de trabalho da Rede de Atenção Psicossocial.

LAMB, Paolo Porciuncula. **A Produção do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família**. 2019. 84 f. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Fiocruz - Rede Nordeste de Formação em Saúde - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é reconhecida mundialmente como porta de entrada do sistema de saúde e responsável pela resolubilidade dos principais problemas de saúde da comunidade, inclusive daquelas que demandam cuidados em saúde mental. No entanto, a fragmentação do sistema de saúde é considerada um dos grandes entraves para efetivar o cuidado integral da população. Diante disso, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde que são responsáveis pela organização e articulação dos pontos de atenção da rede – e, a Rede de Atenção Psicossocial - essa última com o propósito de ampliar o acesso à atenção psicossocial e garantir a articulação e integração entre os serviços. Cabe salientar que a interlocução entre a Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial têm se constituído como importante diretriz para a efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso evidencia a importância da constituição de serviços de base comunitária. Assim, a Estratégia Saúde da Família tem se consolidado como um potente espaço produtor de cuidado em saúde mental. A partir do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar as contribuições da Estratégia Saúde da Família na produção do cuidado em saúde mental na cidade de Recife-PE. Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido mediante aplicação de questionário *online* com 116 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e realização de entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais de três equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade do Recife. Para o tratamento dos dados, foi realizada análise de conteúdo na modalidade temática. A partir da análise, emergiram três categorias temáticas: as práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, os fatores potencializadores no cuidado em saúde mental e os entraves a serem superados para o cuidado em saúde mental. Considera-se que esse estudo apresentou que é possível o acompanhamento na Estratégia Saúde da Família para pessoas com sofrimento psíquico, através da execução de grupos terapêuticos, consultas médicas com escuta qualificada e acolhimento fortalecedor do vínculo, ainda que a frágil articulação da Rede de Atenção Psicossocial e a pouca capacitação dos profissionais para lidar com a saúde mental tenham sido avaliadas como limitadoras no processo de trabalho. Portanto, torna-se imprescindível o apoio da gestão para qualificar o cuidado em saúde mental na Atenção Primária a Saúde, uma vez que é no território, na Estratégia Saúde da Família que pode possibilitar a identificação, o acolhimento e acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico na Rede de Atenção Psicossocial.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial.

LAMB, Paolo Porciuncula. **The production of Mental Health Care in the Family Health Strategy**. 2019. 84 f. Master's Degree Paper (Professional Master's Degree in Family Health) - Fiocruz - Northeast Health Training Network Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2019.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is recognized worldwide as the gateway to the health system and is responsible for resolving major community health problems, including those requiring mental health care. However, the fragmentation of the health system is considered one of the major obstacles to effective integral care of the population. Therefore, the Health Care Networks (HCN) were created - which are responsible for the organization and articulation of the network's attention points - and the Psychosocial Care Network (PCN) - this last one with the purpose of expanding access to health. psychosocial attention and ensure the articulation and integration between the services. It is noteworthy that the dialogue between PHC and HCN has been constituted as an important guideline for the implementation of the Brazilian Psychiatric Reform. This highlights the importance of setting up community-based services. Thus, the Family Health Strategy (FHS) has been consolidated as a potent space producing mental health care. Given the above, the aim of this study was to analyze the contributions of the FHS in the production of mental health care in the city of Recife-PE. This is a descriptive and exploratory case study with a qualitative approach, developed by applying an online questionnaire with nurses from the Family Health Strategy (FHS) and conducting semi-structured interviews with professionals from three FHS teams in Recife (FHS). For data processing, thematic content analysis was performed. From the analysis, three thematic categories emerged: the mental health practices in the FHS, the potentializing factors in mental health care and the obstacles to be overcome for mental health care. It is considered that this study showed that it is possible to follow the FHS for people with psychological distress, through the execution of therapeutic groups, medical consultations with qualified listening and strengthening the bond, even though the weak articulation of HCN and the poor training of the patients. professionals to deal with mental health have been assessed as limiting in the work process. Therefore, the support of management to qualify mental health care in PHC is indispensable, since it is in the territory, in the FHS that can happen the identification, reception and monitoring of people with psychological distress in HCN.

Keywords: Psychosocial Care Network. Primary Health Care. Mental Health

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Atributos Essenciais e Derivados da Atenção Primária a Saúde

QUADRO 2 – Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial

QUADRO 3 – Objetivos, métodos, técnicas e sujeitos da pesquisa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CID - Código Internacional de Doenças

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nasf – AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TMC – Transtornos Mentais Comuns

TCM – Trabalho de Conclusão de Mestrado

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSi – Unidade Básica de Saúde Integrada

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 A Atenção Primária a Saúde e a Estratégia Saúde da Família	18
3.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial	23
3.3 A interface entre a Estratégia Saúde da Família e a Saúde Mental	26
4 MÉTODO	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Cenário do estudo	32
4.3 Participantes do estudo	34
4.4 Coleta de dados	34
4.4.1 Instrumento <i>online</i>	35
4.4.2 Entrevistas	36
4.5 Análise de dados	38
4.6 Considerações éticas	39
5 RESULTADOS	40
ARTIGO ORIGINAL:	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	73
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO <i>ONLINE</i>	73
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO QUESTIONÁRIO <i>ONLINE</i>	76
APÊNDICE 3 – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	78
APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	80
ANEXOS	82
ANEXO 1 – CARTA DE ANUÊNCIA	82
ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	83

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 garante que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), normatizado pela Lei 8.080 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), por sua vez, pode ser considerada como o resultado da luta por direitos ocorrida entre as décadas de 1970 e 1980, o chamado “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira”.

Este movimento propunha o direcionamento de uma Política de Estado para a Saúde com princípios e diretrizes norteados a partir da universalidade, integralidade e equidade, superando um quadro grave de desigualdades de saúde no país, marcado por um sistema fragmentado, excludente e privatista existente (PAIM *et al.*, 2011). O Movimento da Reforma Sanitária teve seu ápice e se concretizou em 1986 com a VIII Conferência de Saúde, cujo resultado foi a elaboração do SUS (SILVA, 2013).

Concomitantemente à Reforma Sanitária, o campo da saúde mental também teve suas modificações ao longo da história, tendo como marco a Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorrida em meados da década de 1980 em um contexto de reorganização do setor da saúde. Nesse período, discutia-se a necessidade de mudanças no modelo assistencial hospitalocêntrico, ou seja, centrado no hospital psiquiátrico e no manicômio. A proposta de mudanças através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) baseava-se em estratégias de cuidado em saúde mental com base comunitária, através da Reabilitação Psicossocial, por meio de práticas de cuidado interdisciplinares e ações intersetoriais, que favorecessem o fortalecimento dos laços familiares, de inclusão social e protagonismo, onde o sujeito passaria a ter, apesar do sofrimento psíquico, possibilidade de autonomia para gerir sua vida (BRASIL, 2015; MELLO, 2010).

Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da Declaração de Caracas ocorrida em 1990, sinalizava a reestruturação do modelo de atenção à saúde mental por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) como agente de transformação do modelo biomédico, para que fosse centrado nas comunidades e em suas redes sociais no território, de acordo com o que preconiza os direitos

humanos (GAZIGNATO *et al.*, 2014). Na sequência dos avanços políticos, em 2001, a Organização Mundial de Saúde declarou aquele ano como o Ano Internacional de Saúde Mental e, no Brasil, entrava em vigor a Lei nº 10.216/2001, definida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

No Brasil, a APS desenvolveu-se, prioritariamente, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual prevê o contato preferencial dos usuários sendo a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde - RAS (BRASIL, 2017). Conforme Gomes (2015) e Paim *et al.* (2011), o Programa Saúde da Família (PSF) a partir de 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia estruturante dos sistemas de saúde dos municípios brasileiros, sendo definida como ESF, com o propósito de reorientar o modelo assistencial e de produção do cuidado, substituindo as práticas convencionais de saúde.

Assim, discutir produção do cuidado em saúde - em especial na ESF - requer uma análise crítica das práticas de saúde, considerando: a forma como elas estão estruturadas, para quais finalidades se designam, quais as dimensões do alcance de suas ações, para quem estão voltadas e, qual a concepção saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção (ASSIS, 2010).

Jorge *et al.* (2011) referem que a produção do cuidado em saúde provoca novos olhares e formas de nos relacionarmos no processo saúde-doença, uma vez que temos uma herança ainda forte de práticas médico centradas. Ainda segundo o autor, as relações de cuidado são consideradas dispositivos potentes para se promover a saúde mental em defesa da vida dos usuários e famílias, bem como o desenvolvimento de práticas integrais. Assim, a produção do cuidado abrange a interação entre profissionais e usuários em uma abordagem integral, estabelecendo vínculos no cotidiano das práticas de saúde, levando em consideração as necessidades e subjetividades da população adscrita, aumentando a capacidade resolutiva das ações em saúde (BADUY, 2011; FRANCO, MERHY, 2013). A produção do cuidado pode ser também compreendida como a garantia dos fluxos assistenciais, na qual os usuários do SUS possam percorrer com segurança para atender suas necessidades de saúde (ASSIS, 2010).

De acordo com dados do MS, verifica-se que a ESF alcançou a cobertura de quase 60% da população em outubro de 2017 e que em vários municípios essa cobertura atingiu 100% (BRASIL, 2018). Essas conquistas são decorrentes de novos serviços, modalidades e diferentes arranjos, com destaque para as equipes ampliadas de saúde bucal e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - Nasf-AB (MOROSINI *et al.*, 2018). Há evidências robustas que os países orientados pela APS apresentam melhores resultados em indicadores de saúde, tais como a redução da mortalidade, diminuição dos custos da atenção, maior acesso aos serviços, redução das internações e atendimentos de urgência (MENDES, 2013).

A APS é reconhecida mundialmente como componente chave de impacto na saúde e no desenvolvimento dos países que a tomaram como base e princípio para o sistema de saúde. Estudos evidenciam que a APS trouxe várias melhorias nos indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários na rede de saúde, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado e práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, assim como maior satisfação da comunidade e diminuição das iniquidades no acesso ao serviço (STARFIELD, 2004; OPAS, 2009). No Brasil, as taxas de mortalidade infantil apresentaram uma importante redução, desde a década de 1990, observando um declínio desde 67,6%, cumprindo a meta estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (BRASIL, 2015).

Um dos princípios da APS é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam cuidados no campo da saúde mental. Acredita-se que as ações neste campo da APS sejam estratégicas, devido a facilidade de acesso das equipes de Saúde da Família (EqSF) em conhecerem a história de vida dos usuários adscritos, dos vínculos e do território onde moram. Neste contexto, é comum os profissionais da ESF estarem em contato com usuários em situação de sofrimento psíquico e terem conhecimento dos agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

Com a proposta de fortalecer a integralidade e a organização da assistência à saúde em Redes temáticas de Atenção foram implementadas as Redes de Atenção em Saúde (RAS) através da Portaria nº 4.279/2010, reafirmando a importância de

uma rede de cuidado em saúde mental, de acordo com cada especificidade. Foram discutidos e priorizados Grupos Técnicos de Atenção (GTA) das seguintes estratégias temáticas das RAS: Rede Cegonha, Rede de cuidado às pessoas com deficiência, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2010a).

Cabe destacar que a dimensão epidemiológica também é um aspecto que justifica o desenvolvimento de ações e cuidados em saúde mental na APS. Segundo Cabral e Albuquerque (2015), quase 25% dos usuários atendidos na ESF possuem algum tipo de transtorno mental, os quais exigem cuidado integral e continuado em saúde.

Semelhantemente, estudos realizados no Brasil apontam prevalências altas, que variam de 15 a 50,3% de pessoas atendidas na ESF apresentam algum tipo de sofrimento psíquico, definido como Transtorno Mental Comum (TMC), como por exemplo, a ansiedade e a depressão que, muitas vezes, são negligenciados pelos profissionais da ESF (MENEZES, CORREIA, 2017; GOMES, MIGUEL, MIASSO, 2013; FORTES *et al.*, 2011).

Breda (2005) menciona algumas semelhanças no sentido de fragilidades e entraves que são encontrados na ESF e no campo da saúde mental. Infelizmente, ainda nos deparamos com: uma forte verticalização e normatividade da ESF em seu caráter prescritivo e autoritário; o despreparo das EqSF em abordar e intervir em questões ligadas ao sofrimento psíquico e com as necessidades subjetivas no cotidiano do trabalho; e, em muitos casos, temos a tendência à medicalização dos sintomas e dificuldades para efetivar a constituição da referência e da contrarreferência na RAS.

Assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vem desenvolver uma articulação desses pontos de atenção em saúde mental, integrando os serviços através das linhas de cuidado colocando a APS enquanto componente ordenador da rede de atenção à saúde (SCHUTEL *et al.*, 2015). A interlocução entre a APS e a RAPS tem se constituído como importante diretriz para a efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, evidenciando a importância da constituição de serviços de base comunitária enquanto dispositivos fundamentais para a superação da iatrogenia da lógica manicomial (VECHIA; MARTINS, 2009).

Nesse sentido, o presente Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) encontra fundamentação na importância da percepção dos profissionais APS em relação às possibilidades na produção do cuidado aos usuários com sofrimento psíquico. Dessa forma, pretende-se contribuir para o reconhecimento do fluxo e inserção na RAPS, além de identificar as potencialidades e as fragilidades encontradas pelos profissionais na construção do cuidado longitudinal das pessoas com sofrimento psíquico.

A partir da questão norteadora “Quais são as contribuições da ESF na produção do cuidado em saúde mental no município de Recife-PE?”, conduziu-se este estudo com vistas a gerar conhecimentos que subsidiem debates acerca do funcionamento da RAPS, assim como a interlocução com a ESF.

Faz-se necessário, portanto, uma discussão sobre a complexidade dos processos de subjetivação no contexto da produção do cuidado em saúde, que possibilite uma ressignificação das práticas instituídas com possíveis arranjos com vistas a um “novo modo de fazer” que atenda de forma efetiva os problemas de saúde dos usuários com algum sofrimento psíquico.

Espera-se que, dessa forma, sejam impulsionadas reflexões sobre o cuidado dos sujeitos a partir de suas singularidades, sobretudo a partir das propostas de intervenções inscritas no campo da saúde mental no âmbito da ESF. Pretende-se, ainda, problematizar medidas que fortaleçam a produção do cuidado da ESF na RAPS visando o atendimento integral e a humanização do cuidado em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer as contribuições da Estratégia da Saúde da Família na produção do cuidado em saúde mental na cidade de Recife-PE.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as ações no campo da saúde mental desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família.
- b) Compreender as potencialidades e as fragilidades para o desenvolvimento de ações de saúde mental no âmbito da Estratégia da Saúde da Família.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Atenção Primária em Saúde e a Estratégia Saúde da Família

A origem da concepção contemporânea sobre a APS surgiu no Reino Unido em 1920, por meio do relatório Dawson, no qual se discutiu sobre a organização de sistemas regionalizados de saúde, referindo que os serviços de saúde deveriam acontecer através de uma organização ampliada que atendesse as necessidades da população de forma eficaz (NERICIA, 2016). Posteriormente, ocorreu em Alma-Ata em 1978, a I Conferência Internacional de Cuidados Primários que deu visibilidade às concepções em relação a APS e ressaltou a importância dos cuidados essenciais à saúde baseados em tecnologias acessíveis que permitem que os serviços de saúde estejam o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo-os como o primeiro nível de contato com o sistema de saúde e como primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, 1978).

No Brasil, a APS é compreendida como o primeiro nível do sistema de serviço de saúde, o qual deve funcionar como porta de entrada preferencial do SUS, com finalidade para as ações resolutivas sobre os principais problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade (secundária e terciária), formando assim uma rede integrada de serviços de saúde (STARFIELD, 2004). De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), a APS é considerada um conjunto de práticas integrais em saúde destinadas a responder às essas necessidades no âmbito individual e coletivo, passando a ser denominada no Brasil como AB no processo de implementação do SUS.

Conforme definido pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 do MS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil é compreendida como:

[...] o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p.2).

Starfield (2004) é uma importante referência no campo da APS mundialmente. Essa autora discute a APS e a divide em sete atributos, que entende serem essenciais para uma boa conduta de atendimento e eficiência nos serviços de saúde para a população. Ela ressalta que os aspectos dos atributos da APS pretendem atuar e atingir a gestão do cuidado, proporcionando ações efetivas e resolutivas, a fim de produzir mudanças significativas nas ações de saúde no território. Os atributos propostos pela autora encontram-se no quadro a seguir:

Quadro 1 – Atributos essenciais e derivados da APS.

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO	Implica acesso e uso do serviço de APS a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
LONGITUNALIDADE	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.
INTEGRALIDADE	A integralidade deverá ser estimulada pelo desenvolvimento de sistemas integrados, de forma que o nível mais adequado de atenção tenha a responsabilidade de fornecer os serviços apropriados.
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.
ENFOQUE FAMILIAR	Pressupõe o indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar.
ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE	Implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado que deve ser identificado e reconhecido no atendimento às demandas da comunidade.
COMPETÊNCIA CULTURAL	Refere-se à adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população que possua características culturais especiais.

Fonte: adaptado de Starfield (2004).

Segundo Cecílio (2011), a gestão do cuidado se efetiva em suas múltiplas dimensões: a) a dimensão individual, que refere o usuário poder cuidar de si mesmo; b) a dimensão familiar que destaca a importância que o usuário ao longo de sua trajetória de vida e em diferentes momentos, possa contar com a presença e apoio dos familiares, amigos e vizinhos; c) a dimensão profissional, na qual haja o envolvimento e vínculo entre profissionais e usuários; d) a dimensão organizacional, que refere o processo de trabalho em equipe dentro de cada serviço de saúde; e) a dimensão sistêmica, que articula intervenções entre os demais serviços de saúde (intra e intersetoriais), na proposta de compor redes ou linhas de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade; e finalmente, f) a dimensão societária da gestão do cuidado, que é definida como a mais ampla das dimensões, pois esta que contempla como a sociedade produz os aspectos de cidadania, direitos humanos e acesso a toda forma de direitos.

Para fortalecer a gestão do cuidado no âmbito da dimensão profissional e organizacional, a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2010), aponta para a implementação de uma política transversal em toda a rede SUS, apostando na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção, na gestão do cuidado e na organização dos processos de trabalho. A PNH fornece alguns instrumentos importantes para que as equipes de saúde possam resolver os problemas encontrados no cotidiano do trabalho. Considera-se, ainda, que o processo de trabalho engloba diferentes enfoques como trabalhar em equipe e compartilhar saberes e poderes - o que acarreta muitas vezes conflitos entre as equipes. Os instrumentos propostos pela PNH (Clínica Ampliada, Equipes de Referência, Projeto Terapêutico Singular - PTS) têm se evidenciado como importantes dispositivos resolutivos, seja no âmbito da gestão do cuidado ou dos serviços e RAS (BRASIL, 2008b).

Corroborando os benefícios da gestão do cuidado na ESF, Arantes *et al.* (2016) destacam a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos no território, a educação em saúde, a assistência domiciliar, o aumento do número de pré-natais, a puericultura, a orientação em relação ao aleitamento materno exclusivo, a coleta de citologia, a redução de nascidos com baixo peso, da mortalidade infantil e das internações hospitalares. Ademais, a ESF vem

proporcionando adesão às ações para o tratamento de diabetes e hipertensão (hiperdia), detecção e tratamento da hanseníase, tuberculose e de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Avanços também são percebidos na área da saúde bucal. Ressalta-se, inclusive, que o Brasil é um dos únicos países que incluem estas ações de saúde bucal na APS.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2011), estudos referentes a ESF mostram resultados positivos na percepção dos usuários, gestores e profissionais da saúde, que abrangem diferentes aspectos como: a) a redução da mortalidade infantil; b) a oferta de ações e serviços de saúde; c) a redução de internações hospitalares por condições sensíveis a APS; e, d) a melhoria de indicadores socioeconômicos da população brasileira.

Ainda que a ESF seja uma estratégia prioritária e fundamental para a consolidação da APS, constata-se que a cobertura desse modelo ainda não é universal. Cerca de 121.313.472 de pessoas (62,54% da população) estão cadastrados na ESF. Mesmo assim, 40% ainda buscam os serviços de urgência e emergência nas unidades básicas tradicionais, assim como os serviços privados de saúde (GOMES, 2015).

Como descrito por De Pires *et al.* (2016), existem condições insatisfatórias no processo de trabalho dos profissionais da APS que interagem com aspectos subjetivos e objetivos da equipe e, conseqüentemente, potencializam a sobrecarga de trabalho, criando um descompasso entre a demanda e a capacidade de atuação das equipes.

Mendes (2010), por sua vez, afirma que para a consolidação da APS alguns aspectos são considerados entraves como: problemas de infraestrutura, déficit de profissionais qualificados, fragilidade nos vínculos de trabalho e alta rotatividade de profissionais. Essa fragmentação do cuidado não responde à tripla carga de doenças (persistência de problemas infecciosos endêmicos, impacto dos agravos em relação a causas externas e avanço dos agravos de doenças crônicas e degenerativas).

Observa-se no Brasil a coexistência entre esses sistemas com diferentes formas organizacionais: os sistemas fragmentados - que com seu caráter fortemente hegemônico tem prevalecido ao longo dos anos - e as RAS - previstas

institucionalmente pelo SUS, porém timidamente implantadas pelos estados (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de superar o sistema de saúde atualmente vigente de gestão do cuidado, que se caracteriza por se organizar através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, sendo muitas vezes, incapaz de prestar atenção contínua a população o MS, com a publicação da Portaria GM nº 4.279/2010, busca a implantação da RAS, coordenadas pela atenção primária (BRASIL, 2010a; MENDES, 2010).

De acordo com Mendes (2011) os objetivos da RAS são: promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, coordenada pela AB, com equipamentos que visem uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e, eficiência econômica. Os sistemas fragmentados consistem em uma realidade internacional com a característica comum de possuírem uma atenção voltada às condições agudas e às agudizações das condições crônicas, o que se configura em um desastre de ordem sanitária e econômica em todo mundo. Em relação à fragmentação da RAS, Silva (2013) afirma a mesma ideia sobre essa temática:

[...] uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde (SILVA, 2013, p.81).

Essas ações e serviços devem estar organizados de forma a garantir o acesso universal da população e o atendimento integral. No sentido de evitar a fragmentação das ações em saúde, isso significa dizer que a integralidade visa garantir que, todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis do sistema de saúde. Portanto, o SUS não se restringe à AB. A legislação vigente assegura que, a depender da necessidade de cada situação, a pessoa deve ter acesso a serviços preventivos e curativos de caráter especializado ou hospitalar, ou seja, em todos os níveis de complexidade do sistema (PAIM, 2009).

3.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial

A partir do debate promovido pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a efetivação de uma política de atenção e cuidados para pessoas com sofrimento psíquico só foi possível com a aprovação da lei 10.216, de 06 de abril de 2001, considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Contrapondo-se ao tratamento assistencial hospitalocêntrico, os CAPS, criados em 1992, e legitimados através da portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 do MS, apresentaram-se como importantes serviços substitutivos ao modelo manicomial, rompendo com a lógica excludente e segregadora desse modelo e objetivando a prestação de um atendimento humanizado às pessoas com transtornos mentais. Esses serviços propunham a organização, regulação e articulação de uma rede de saúde mental em um determinado território, a partir de cuidados clínicos e ações para a reabilitação psicossocial, promovendo também o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2002; CARDOSO *et al*, 2014).

Em 2011, através do Decreto 7.508 que regulamenta a Lei 8.080/90 sobre a organização do SUS, foram definidos os seguintes serviços como Portas de Entrada nas RAS: I - atenção primária; II - atenção de urgência e emergência; III - atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011c, p. 3). Com a mesma proposta de diminuir a fragmentação e para ampliar o cuidado em saúde mental no contexto do SUS, editou-se a Portaria nº 3088/11, que visa estruturar os serviços substitutivos de saúde mental em redes de apoio, constituindo a RAPS. Essa rede tem como função ampliar o escopo de ações e de acesso, garantindo a articulação e integração dos pontos de atenção nos territórios, no âmbito do SUS, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Quadro 2 – Estrutura da RAPS

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	Unidade Básica de Saúde; Nasf-AB; Consultório na Rua; Centros de Convivência e Cultura.
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA	Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades;
ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	SAMU 192; 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; Serviços de Atenção em Regime Residencial.
ATENÇÃO HOSPITALAR	Enfermaria especializada em Hospital Geral; Leitos de Saúde Mental no Hospital Geral.
ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta para Casa.
ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	Iniciativas de trabalho e geração de renda; Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Fonte: Adaptado a partir de Portaria nº 3088 (BRASIL, 2011b).

Conforme Theodoro e Moreira (2017), a nova proposta do modelo da RAPS propõe alcançar um arranjo de rede complexa e ampliar a inclusão desses sujeitos para uma possível autonomia, protagonismo e poder contratual. Esse processo de transformação e empoderamento tornam-se um grande desafio para as equipes de saúde, sendo necessárias mudanças de saberes, buscando uma nova compreensão no que envolve o sofrimento psíquico e a vida dessas pessoas em suas singularidades e diferentes dimensões de vida. A reabilitação psicossocial, nesse contexto, é um dos componentes da RAPS, que compreende ações de fortalecimento de usuários e seus familiares através de iniciativas para a articulação dos diversos recursos no território, contemplando ações voltadas ao trabalho, economia solidária, educação, habitação e direitos humanos, a fim de garantir os direitos humanos, o exercício da cidadania e a produção de novas possibilidades de construção de projetos de vida (BRASIL, 2015, p. 12).

Considera-se que o usuário deve estar inserido em uma rede assistencial de saúde e que o CAPS é um dos pontos de cuidado que desempenha papel articulador e de supervisão na RAPS. Porém, não se compreende como o único dispositivo a ofertar o cuidado em saúde mental. O CAPS constitui um serviço transitório de cuidado, portanto, a articulação com a ESF torna-se a base fundamental para a responsabilização de cuidado para o território, assim como para o Ambulatório de Saúde Mental, dependendo do caso, com atuação de ambas as equipes em discussão dos casos (DELFINI; REIS, 2012).

Nesse sentido, é de suma importância à responsabilização e coresponsabilização de cada ponto da rede assistencial em relação às demandas apresentadas pela pessoa com sofrimento psíquico. A continuidade do cuidado pode indicar o acesso dos usuários à RAPS, além do fluxo de atendimento, também a efetividade do sistema de referência e contra referência e as estratégias de integração entre os pontos dessa rede para alcançar a integralidade na produção da assistência.

No cenário mundial, temos o exemplo da Comissão de Saúde Mental da Nova Zelândia, que propõe estratégias para a ampliação dos serviços de saúde mental a fim de melhorar o fluxo entre os serviços da APS e os especializados. Quando o usuário tem alta dos serviços especializados, as equipes referenciam a todos os pontos da rede com o objetivo de assegurar uma transição efetiva ao usuário que, muitas vezes, não consegue se vincular a outros serviços que são transferidos após a sua alta (GUEDES *et al.*, 2017).

Conforme Eslabão *et al.*, (2017), existe a necessidade que a rede esteja comprometida, que possa realizar e estabelecer o cuidado integral através de troca de saberes, informações e ações conjuntas para que seja possível a continuidade terapêutica. A proposta da RAS deve englobar, além de encaminhamentos e fluxos, o estabelecimento do cuidado compartilhado, articulando dispositivos existentes no território, para que esse atenda de forma efetiva as necessidades de saúde e sociais da comunidade.

3.3 A interface entre a Estratégia Saúde da Família e a Saúde Mental

De acordo com Oliveira *et al.*, (2014), percebe-se que a Política de Saúde Mental para as pessoas com Transtornos Mentais Graves e Persistentes (TMGP), implantada no Brasil, se efetiva, prioritariamente, nos serviços especializados, no caso os CAPS e os Ambulatórios de Psiquiatria. Porém, quando se trata de pessoas com transtorno menos graves, não há planejamento mais efetivo, o que impõe o desafio de estabelecer políticas públicas mais eficazes, a partir da implantação de estratégias interdisciplinares e intersetoriais mais abrangentes no cuidado em saúde mental, como nos casos de TMC, muito são observados na APS.

Os TMC apresentam quadros mistos de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos com menor gravidade se comparado com aqueles que são acompanhados em serviços especializados e, podem ter suporte da ESF contribuindo com melhoras significativas dos sintomas. Contudo, quando associados a problemas psicossociais, alguns subtipos de transtornos depressivos-ansiosos importantes, podem necessitar um cuidado mais intensivo, incluindo um acompanhamento em serviços especializados (MENEZES, 2017). Estas articulações reforçam a importância da coordenação do cuidado dos usuários na rede, principalmente onde exista comunicação sobre os problemas de saúde dos usuários, assegurando uma continuidade ininterrupta de ações e garantindo o cuidado integral (GIOVANELLA, 2012).

Goldberg (2014) afirma que existe uma grande parcela da população que necessita de algum cuidado em saúde mental, tanto as pessoas que não possuem diagnóstico psiquiátrico de acordo com as classificações existentes - no caso os que apresentam TMC - quanto àquelas que possuem um transtorno psiquiátrico conforme o CID-10.

Nesse contexto, a OMS publicou o programa *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP* – Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental), tratando do incentivo e da implantação de ações de saúde mental nos serviços de APS em países de baixa e média renda (OMS, 2008). No Brasil, dados mais recentes, dão conta que cerca de 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população) tem depressão e, mais de 18,6 milhões de pessoas (9,3% da população) sofrem de

distúrbios de ansiedade. Além disso, de acordo com a OMS, é estimado que até 2020 a depressão seja a segunda causa de adoecimento no mundo, perdendo apenas para os agravos cardiovasculares (OPAS/OMS, 2017).

As pessoas com TMC, se não tratadas, podem vivenciar sofrimentos e perdas funcionais e econômicas, podendo tornar-se crônicas. No entanto, apenas poucas pessoas têm acesso aos serviços básicos - considerados muito efetivos para tratamentos de sucesso (OMS, 2008). Os transtornos mentais graves e persistentes apresentam, na maioria das vezes, um comprometimento ainda maior - devido à sua gravidade clínica, associada à duração da doença, ao grau de sofrimento mental e ao nível de incapacidade funcional e laborativa - de prejuízos interpessoais e nas relações familiares (SOUZA; THIELSEN, 2017).

Dentre as propostas para a superação do modelo hospitalocêntrico no campo da saúde mental, há quase uma década, Tanaka e Ribeiro (2009) já destacavam o potencial da APS em identificar as problemáticas de usuários com sofrimento psíquico a partir de uma escuta qualificada, bem como o acompanhamento e tratamento na própria atenção básica ou, quando necessário, realizando encaminhamentos para serviços especializados.

Na prática, percebe-se uma superlotação dos CAPS em atender à crescente demanda em saúde mental. O reduzido quantitativo desses centros cria barreiras geográficas para populações mais carentes, dificultando o acesso em virtude dos meios de transporte. Embora os CAPS sejam dispositivos estratégicos no cuidado em saúde mental, cada vez mais a atenção psicossocial é compreendida como uma rede de cuidados que necessita de vários outros pontos de integração, incluindo a APS, os ambulatórios, os centros de convivências, dentre outros recursos (BRASIL, 2003).

Esse contexto é agravado, frequentemente, pelo encaminhamento de usuários a serviços especializados, de casos que poderiam ser acompanhados na própria ESF. Percebe-se que, muitas vezes, a equipe sente-se despreparada para atender essa demanda, seja por falta de identificação pela área, formação deficiente ou precária educação permanente (BORGES; TEIXEIRA, 2019).

Historicamente, a ESF, cada vez mais, tem sido solicitada a atuarem frente às questões voltadas para a dependência química, depressão e violência doméstica,

ocorrências essas, como já comentadas, de alta prevalência na população em geral. Esses dados evidenciam a necessidade de investimentos em recursos estratégicos e articulação da rede assistencial em saúde para a efetivação da produção do cuidado em saúde mental (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Dito isso, as pessoas que procuram o CAPS por demanda espontânea ou outro tipo de encaminhamento, devem ser acolhidas e avaliadas pela equipe e, aqueles casos que não tiverem necessidade ou perfil de acompanhamento nesse serviço, necessitam ser redirecionados para as ESF de referência, preferencialmente por meio de contato telefônico do profissional do CAPS com o profissional da ESF ou do Nasf – AB (BRASIL, 2014). Vale ressaltar que os sintomas apresentados pelos usuários com TMC nem sempre se enquadram às bases categóricas dos diagnósticos psiquiátricos, o que pode levar ao não reconhecimento do transtorno por parte dos profissionais que em geral enfocam a queixa somática imediata (TAVARES *et al.*, 2013).

Ainda, conforme a diretriz para a atuação da EqSF no âmbito da saúde mental, na APS preconiza-se:

- 1) identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade considerando que os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental estando o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares; 2) priorizar as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social); 3) que as intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado. 4) garantir a continuidade do cuidado pelas EqSF, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar. 5) que as redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e EqSF. 6) que o cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial. 7) que a educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária (BRASIL, 2010b, p. 37).

Embora preconizado ações de saúde mental na APS, existem ainda práticas de cunho biomédico. Um importante desafio encontrado no âmbito da APS voltada à saúde mental, segundo Rocha e Werlang (2013), está que, na maioria dos casos, as pessoas com sofrimento psíquico são tratadas através da medicalização. Corroborando, Dimenstein (2009) relata que durante os acolhimentos realizados na APS, as demandas em saúde mental são mais focadas nos cuidados medicamentosos e especializadas para a resolução dos problemas de saúde da

população. Isso significa que os encaminhamentos das demandas em saúde mental aos serviços/profissionais especializados e a prescrição de receitas psiquiátricas - muitas vezes sem acompanhamento e monitoramento dos casos - fortalece a transcrição de prescrições e dispensa de psicotrópicos, reforçando práticas que precisam ser superadas para o alcance das diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica.

Com vistas a apoiar a ESF, ampliar a abrangência e o escopo de suas ações, tanto no que diz respeito a atenção psicossocial, como outras demandas mais complexas que competem as EqSF de forma resolutiva, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da portaria 154 de 2008 (BRASIL, 2008a), atualmente chamado Nasf-AB é constituído por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde que atua complementarmente às equipes que atuam na AB. É formada por diferentes profissões e especialidades da área da saúde, atuando de maneira integrada, a fim de dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das EqSF e de AB (BRASIL, 2017).

Segundo Gonçalves (2015), o Nasf-AB tem contribuído positivamente no processo de trabalho e na gestão dos cuidados oferecidos à ESF, colaborando para a qualificação das ações. Contudo, essa estratégia encontra-se em processo de consolidação, apresentando dificuldades em sua sistematização e organização do trabalho. Cabe salientar que a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf-AB dependem de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do PTS, do Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio, ferramentas importantes para a integralidade do cuidado (BRASIL, 2008b).

O Apoio Matricial consiste em uma estratégia dialógica entre as equipes, proporcionando que profissionais possam trocar experiências, discutir materiais teóricos, refletir sobre a condução dos casos e processos de trabalho a fim de qualificar o atendimento à população (LEMES *et al.*, 2015).

O PTS é considerado uma ferramenta de extrema importância para a efetivação da RAPS, sendo definido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo envolvendo casos

mais complexos. Resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2008b).

Algumas estratégias podem possibilitar a ampliação ao acesso nas ações de saúde mental oferecidas à população em busca da integralidade na assistência. As atividades em grupo, as ações de educação em saúde, com base nas relações compartilhadas, fortalecem o vínculo e o autocuidado de pessoas com sofrimento psíquico para além da medicação (AMARANTE, 2011; VECCHIA; MARTINS, 2009). Campos (2001) acresce que diversas práticas em serviços de saúde vêm perdendo o caráter de um fazer clínico, na medida em que não têm os princípios de uma clínica ampliada, isto é, aquela que é capaz de estabelecer, por meio de saberes diversos e compartilhados, a avaliação das vulnerabilidades, não somente na perspectiva epidemiológica, mas também social e subjetiva, responsabilizando-se pelas demandas da vida cotidiana dos usuários.

A Clínica Ampliada é considerada como uma diretriz de atuação dos profissionais de saúde, com o objetivo de estimular o trabalho nas coletividades, incluindo gestores, trabalhadores, usuários e familiares na participação ativa da produção do cuidado e processos decisórios. Assim, pretende-se superar as práticas tradicionais em saúde, muitas vezes excludentes e focadas na doença, apostando na articulação e inclusão dos diferentes enfoques, saberes e disciplinas no cuidado em saúde, considerando as singularidades e história de vida dos sujeitos (BRASIL, 2009).

Neste contexto, o MS publicou o Caderno 34 da AB - Saúde Mental, que tem como finalidade estimular e compartilhar o conhecimento sobre saúde mental na APS, proporcionando ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas, dando suporte para as ações de saúde voltadas a usuários com sofrimento psíquico. Assim:

[...] as práticas em saúde mental na AB podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar (BRASIL, 2013, p. 24).

A aproximação das EqSF e das equipes de saúde mental não só permite o cuidado centrado na qualidade de vida dos indivíduos, como também, reconhece

suas potencialidades, propiciando assim o uso mais eficiente dos recursos existentes ao seu redor. A responsabilização partilhada e a promoção de novas habilidades são os objetivos do cuidado em rede (SARAIVA; CREMONESE, 2008). Portanto, as ações da ESF articuladas com as de saúde mental no cenário brasileiro desempenham um papel fundamental de construção compartilhada de saberes, fortalecimento do vínculo dos usuários com os equipamentos existentes em seu território de origem, continuidade do cuidado e expansão da capacidade resolutiva das equipes de forma integrada (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2007). Nessa perspectiva, demonstra-se a importância dos profissionais da ESF estarem comprometidos com a atenção psicossocial, dentre as outras diversas demandas do cotidiano desse serviço. É importante que esses estejam atentos na identificação das necessidades de saúde mental, através do acolhimento e escuta qualificada, para que o usuário não seja considerado somente um diagnóstico, considerando, assim, todos os outros fatores que contribuem para esse adoecimento (MOLINER; LOPES, 2013).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso, qualitativo, descritivo e exploratório. O estudo de caso propõe-se a compreender fenômenos sociais complexos permitindo que os pesquisadores conheçam de uma forma abrangente um determinado caso em um contexto real (YIN, 2015). Esta pesquisa pode ser classificada como descritiva, uma vez que pretende identificar características de um determinado fenômeno e exploratória, pois possibilita desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, a partir de uma visão geral sobre o tema. Pesquisas descritivas e exploratórias são comumente utilizadas em investigações que façam abordagens sobre situações práticas (GIL, 2008).

Para Gomes e Silveira (2012), os estudos com metodologia qualitativa são capazes de gerar contribuições importantes na área da saúde coletiva. Nesse sentido, pesquisa qualitativa é aquela que utiliza abordagens interpretativas e naturalísticas para compreender determinada realidade. Dessa forma, o objeto de estudo é apreendido em seu ambiente natural e o pesquisador se propõe a atribuir-lhe sentido ou a interpretá-lo a partir do significado apresentado pelos sujeitos (DENZIN; LINCOLN, 2011).

4.2 Cenário do estudo

A cidade de Recife e as EqSF foram selecionadas como *lôcus* desta pesquisa por ser a cidade onde o proponente reside e desenvolve atividades assistenciais na RAPS como servidor público desde 2012, na Secretaria de Saúde Municipal. Cabe lembrar que um dos principais objetivos do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) é desenvolver pesquisas que impactem diretamente no território de atuação profissional dos pesquisadores.

Segundo dados do Censo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010), a população do Recife em 2018 foi estimada em 1.637.834 habitantes,

sendo a 9ª capital mais populosa do país. Seu território está dividido em oito Regiões Político-Administrativas - que na saúde são denominadas de Distritos Sanitários (DS) - com cobertura populacional de 73% pela AB no município. Essa contém 130 Unidades de Saúde da Família (USF), formada por 276 EqSF, com 56 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários compostas por 20 equipes do Nasf-AB. As equipes são multiprofissionais e atuam junto às EqSF com o objetivo de apoiar e auxiliar na identificação de prioridades no território na assistência aos usuários (RECIFE, 2018).

A RAPS da cidade do Recife – PE é composta: pelos Serviços da AB, Nasf-AB, Consultório de Rua, apoio aos Serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura; pela Atenção Psicossocial Estratégica, composta por 18 CAPS: 06 CAPS AD (álcool e outras drogas), 04 CAPS Adulto, 05 CAPS 24h e 03 CAPS Infantil; pela Atenção de Urgência e Emergência, formada pelo SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro; pela Atenção Residencial de Caráter Transitório, que traz a Unidade de Acolhimento e o Serviço de Atenção em Regime Residencial. Além desses, a RAPS tem em sua composição a Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral e 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); a Estratégia de Desintitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta para Casa) e as Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais) (RECIFE, 2018).

As entrevistas foram desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde Integrada (UBSi) Professor Dr. Hélio Mendonça, situada no Córrego do Jenipapo, Distrito Sanitário VII, Recife/PE. Esta unidade possui três equipes de ESF e contam com o apoio de uma equipe do Nasf-AB. A UBSi possui uma população de 10.376 pessoas cadastradas (RECIFE, 2019).

4.3 Participantes do estudo

Para a aplicação do questionário *online* a população-alvo foi o universo de enfermeiros da ESF de Recife (N=116). Para as entrevistas semiestruturadas foram os trabalhadores das três equipes da ESF da UBSi Prof. Dr. Hélio Mendonça (n=11): Agente Comunitário de Saúde (n=4), Cirurgião-dentista (=2), Enfermeiro (n=2) e Médico (n=3). O critério de exclusão deu-se a partir daqueles profissionais que durante a coleta de dados estivessem de férias ou licenciamento.

4.4 Coleta de dados

Segundo Cano (2012), as técnicas de pesquisa são estratégias específicas e concretas de coleta e análise de dados com vistas à produção de conhecimento científico. O objeto desse estudo encontra-se inserido em um cenário complexo, com diversos atores que possuem interesses percepções e entendimentos próprios, consensuais e contraditórios (MINAYO, 2012). Frente a isso, optou-se pela adoção de diferentes técnicas de pesquisa, conforme apresentado a seguir. O quadro 3 sintetiza os objetivos específicos e o seu respectivo método, técnica de pesquisa e os sujeitos eleitos para a sua apropriação.

Quadro 3 – Objetivos, métodos, técnicas e sujeitos do estudo.

OBJETIVOS	MÉTODO	TÉCNICA	SUJEITOS
A) Identificar as ações no campo da saúde mental desenvolvidas pela EqSF	Qualitativo	Instrumento <i>online</i>	Universo dos enfermeiros da ESF.
B) Analisar as potencialidades e as fragilidades para o desenvolvimento de ações de saúde mental no âmbito da ESF		Entrevista semiestruturada	Trabalhadores da ESF (agente comunitário de saúde, médico, enfermeiro, cirurgião-dentista)

Fonte: Elaboração própria.

4.4.1 Questionário *Online*

Foi enviado através de endereço eletrônico um questionário *online* a todos os enfermeiros de ESF de Recife (n=276) (APÊNDICE 1) no período de 28 de janeiro a 28 de fevereiro de 2019. Os enfermeiros foram considerados como informantes-chaves, por possuírem uma visão ampliada do conjunto de ações desenvolvidas por sua equipe. Conforme apontado por Aguiar (2013) e Almeida (2014), o processo de trabalho do enfermeiro norteia-se através da dimensão do cuidado e de gerenciamento. A realização de entrevistas com informantes-chaves é amplamente utilizada em estudos de campo, e os respondentes são sujeitos bem informados e com amplo envolvimento e conhecimento profundo sobre determinada temática (BISOL, 2012).

A aplicação de questionários *online* apresenta algumas vantagens, como por exemplo, a possibilidade de que os sujeitos emitam respostas imediatas que possibilitem facilidade de compilação e posterior análise dos dados. Além disso, ao serem enviados por meio eletrônico, não necessitam da presença física do pesquisador para sua aplicação (CUMMINGS; STEWART; HULLEY, 2003; DA SILVA *et al.*, 2012). Vale destacar que, quando se utiliza de plataformas gratuitas de hospedagem, os custos operacionais, financeiros e logísticos de um estudo de grande abrangência são reduzidos a zero.

O questionário é um importante instrumento de coleta de dados. Para sua elaboração deve-se considerar alguns pontos. Existem dois tipos básicos de questões que o compõe, com diferentes propósitos: as questões abertas são utilizadas quando a proposta é permitir que o entrevistado responda com suas próprias palavras, possibilitando mais liberdade de expressão. Já as questões fechadas são mais rápidas e objetivas e oferecem opções de respostas pré-definidas. Além do tipo de questão, deve-se considerar a sua redação. Ela deve ser de fácil entendimento, livre de ambiguidade, clara e neutra (CUMMINGS; STEWART; HULLEY, 2003).

O questionário *online* desta pesquisa foi elaborado a partir de revisão da literatura. Foram estruturados com quatro questões fechadas que caracterizaram os

participantes (idade; sexo; tempo de atuação na equipe e Distrito Sanitário ao qual pertence). Outras quatro questões foram elaboradas visando identificar as ações no campo da saúde mental desenvolvidas pelas equipes dos enfermeiros. Três dessas foram questões fechadas investigam se a equipe do respondente conhece a RAPS da cidade do Recife e se a mesma desenvolve ações de saúde mental. Outras três, abertas, solicitam que, a partir do seu conhecimento, discorressem sobre: (1) As ações em saúde mental desenvolvidas por sua equipe; (2) As principais potencialidades e, as (3) principais fragilidades para o desenvolvimento de ações em saúde mental por sua equipe.

Foi solicitada à Secretaria da Saúde do Recife uma lista com os endereços eletrônicos de todos os enfermeiros ativos da ESF, estimada em 276 enfermeiros. No envio do questionário no corpo do texto do e-mail, os enfermeiros foram sensibilizados da importância de sua participação, dos objetivos do estudo e convidados a acessarem o questionário através do *Google Forms*. Ao acessarem o questionário, a primeira interface era o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2). Após a aceitação em participarem da pesquisa, os participantes tiveram acesso ao formulário eletrônico. A partir da data do envio do primeiro e-mail, foram disparados novos e-mails a cada sete dias, durante 30 dias, lembrando os participantes de acessarem o link e responderem ao questionário. Destes 276 e-mails enviados, 28 não foram entregues aos destinatários. Logo, foram efetivamente convidados a participar do estudo 248 enfermeiros.

4.4.2 Entrevistas

Foram realizadas entrevistas semiestruturada, com uma amostra intencional ($n=11$) de trabalhadores da ESF (03 médicos; 02 enfermeiros; 02 cirurgiões dentistas e 04 agentes comunitários de saúde). A entrevista individual é uma técnica que se configura como uma forma de interação social, um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação, amplamente utilizada nos estudos de caso no campo da saúde. As entrevistas são uma importante fonte de dados para os estudos de caso, cuja maioria, trata de assuntos relacionados à subjetividade humana. A partir dessa abordagem, os

sujeitos da pesquisa falam dos significados que eles associam às suas experiências acerca do fenômeno estudado, e o pesquisador, a partir do material produzido, descreve e interpreta determinada realidade (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006; GIL, 2012; YIN, 2015).

Neste estudo, foram utilizados roteiros de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 3), que se caracteriza por ser um instrumento que possibilita uma descrição abrangente sobre uma temática. O entrevistador, por meio de sua apropriação teórica e habilidade em conectar fatos e ideias, conduz e estimula o respondente a fim de ampliar e aprofundar suas exposições. Assim, o roteiro deste tipo de entrevista é elaborado a partir da listagem dos temas elencados pelo pesquisador para a apreensão do objeto de pesquisa (MINAYO, 2012).

Os roteiros das entrevistas devem ser criteriosamente elaborados e capazes de gerar dados substanciados acerca do objeto de estudo. Gil (2012) apresenta algumas considerações gerais quanto à elaboração de um roteiro de entrevista: a) as instruções para o entrevistado devem ser elaboradas com clareza, para que ele tenha facilidade de entendê-las; b) as questões potencialmente ameaçadoras devem ser construídas de forma que o entrevistado possa respondê-las sem constrangimentos; c) as questões devem ser ordenadas de maneira a favorecer o rápido engajamento do respondente na entrevista; d) as perguntas devem ser padronizadas na medida do possível, a fim de que as informações obtidas possam ser comparadas entre si.

Ainda em relação à elaboração do roteiro da entrevista, deve-se considerar que o pesquisador introduz o tema e os entrevistados tem a liberdade de discorrer livremente sobre o a questão sugerida, visando explorar mais amplamente as percepções.

A partir do exposto, foi elaborado um roteiro com três dimensões: (1) aproximação inicial do pesquisador com o entrevistado; (2) sensibilização do entrevistado acerca da temática a ser aprofundada e, (3) temáticas centrais a serem investigadas.

O total de EqSF eleitas para a captação dos trabalhadores foi definida a partir do critério de saturação das informações. De acordo com Fontanella e Junior (2012), esse critério define “o momento em que o acréscimo de dados e informações em

uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. É um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de observações”.

As entrevistas foram realizadas individualmente com cada profissional no período entre janeiro e fevereiro de 2019 na própria UBSi, conduzidas por um único pesquisador devidamente treinado, gravadas em áudio, transcritas e submetidas à validação (leitura das transcrições simultaneamente à audição das gravações para a identificação dos possíveis erros de transcrição por um sujeito não envolvido no estudo).

4.5 Análise dos dados

Os dados qualitativos das entrevistas e do instrumento *online* foram analisados pela técnica de análise do conteúdo na modalidade temática, definido por Bardin (2016) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que são empregadas para obter, com procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Todo o material qualitativo foi transcrito e devidamente validados pelos pesquisadores. A análise do conteúdo foi conduzida por um olhar interpretativo dos dados, através dos seguintes passos de análise:

- a) Leitura dos materiais;
- b) Definição dos eixos temáticos estabelecidos *a priori* no roteiro da entrevista e questionário *online*;
- c) Identificação e comparação das ideias e dos sentidos de cada resposta;
- d) Definição dos núcleos de sentido (significados atribuídos pelos sujeitos);
- e) Criação de hipóteses interpretativas.

Por fim, foi realizado o diálogo entre os resultados obtidos, com a finalidade de produzir um informe único, que deve refletir não em informações justapostas, mas no intercâmbio de teorias e métodos a favor do esclarecimento e do aprofundamento dos aspectos investigados.

Após a análise final, as três dimensões investigadas resultaram na elaboração do artigo: **Práticas de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Percepções de Trabalhadores.**

4.6 Considerações éticas

A Secretaria Municipal de Saúde de Recife emitiu a liberação da realização da pesquisa através da carta de anuência (ANEXO 1). O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da UFPB (anexo 2), conforme prevê determinação do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), sendo aprovada com parecer no. 2.924.765 (CAEE: 94108918.8.0000.5188). Foi garantido o anonimato dos participantes do estudo que formalizarão seu aceite através da assinatura do TCLE (APENDICÊS 2 e 4). Os enfermeiros que responderam ao questionário *online* foram identificados pela letra “E” e os profissionais entrevistados pela letra “P”, todos numerados aleatoriamente.

Os arquivos das entrevistas e do questionário *online* ficarão sobre os cuidados do pesquisador pelo período de cinco anos e poderão ser utilizados em outras publicações científicas.

5 RESULTADOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES

MENTAL HEALTH PRACTICES IN PRIMARY HEALTH CARE: WORKERS' PERCEPTIONS

Paolo Porciúncula Lamb, Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Sara Virna Alves de
Barros, Andréa Loureiro Roges

RESUMO

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) orienta a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tendo se tornado um dispositivo de suma importância na produção do cuidado em saúde mental a nível territorial diretamente em consonância com a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Objetivo:** Identificar as contribuições da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na produção do cuidado em Saúde Mental. **Método:** Estudo de caso, descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado por meio da aplicação de questionário semiestruturado *online* com 116 enfermeiros da ESF e entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais de três equipes da Estratégia da Saúde da Família (EqSF) de uma capital do nordeste do Brasil. Os dados foram tratados através da Análise Temática de Conteúdo. **Resultados:** As principais ações em saúde mental relatadas pelos participantes foram: consultas médicas; grupos terapêuticos e visitas domiciliares. Observou-se como fragilidades o pouco estímulo à Educação Permanente e a desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entre as potencialidades destacam-se o Apoio Matricial, os vínculos terapêuticos e as Práticas Integrativas e Complementares (PICs). **Conclusão:** Constatou-se que as ações acolhedoras qualificam a relação profissional-usuário, principalmente no que tange às experiências exitosas de algumas equipes que desenvolvem grupos terapêuticos sistemáticos, incluindo práticas não tradicionais, como grupos de Terapia Comunitária. Contudo, verificou-se o reconhecimento dos profissionais sobre a necessidade da articulação em rede e a capacitação destes para o manejo em saúde mental. Portanto, torna-se necessário sensibilizar a gestão e os profissionais para um olhar ampliado para a saúde mental na APS proporcionando, assim, ações de promoção da saúde que fortalecerão a autonomia da população.

Palavras-chaves: Rede de Atenção Psicossocial; Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental.

ABSTRACT

Background: The Family Health Strategy (FHS), guides the organization of Primary Health Care (PHC), in Brazil and has become a very important device in the production of mental health care reaching a high level in the local areas directly in accordance with the proposal of the Brazilian Psychiatric Reform. **Aim:** to identify the contributions of the Family Health Strategy (FHS) in the production of Mental Health care. **Method:** A descriptive and exploratory case study with a qualitative approach, accomplished through the application of an *online* semi-structured questionnaire with 116 nurses of the FHS, and semi-structured interviews with 11 professionals from three teams of the Family Health Strategy (ESF), from a capital of northeastern of Brazil. Data were processed through the Thematic Content Analysis. **Results:** The main mental health actions reported by the participants were: medical appointments; therapeutic groups, and home visits. It was observed as weaknesses the little stimulus to Permanent Education and the disarticulation of the Psychosocial Care Network (PCN). Among the potentialities are Matrix Support, therapeutic bonds and Integrative and Complementary Practices (PICs). **Conclusion:** It was found that the welcoming actions qualify the professional-user relation, mainly regarding to the successful experiences of some teams that develop systematic therapeutic groups, including non-traditional practices such as Community Therapy groups. However, it was checked the recognition of professionals on the need for network articulation, and their training for mental health management. Therefore, it is necessary to sensitize management and professionals for a broader look at mental health in PHC, providing, this way, health promotion actions that will strengthen the autonomy of the population.

Keywords: Psychosocial Care Network; Primary Health Care; Mental Health.

INTRODUÇÃO

No Brasil, na década de 1970, inicia-se o Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica (MRP), em um contexto de transformação institucional, motivada efervescência social pela democratização da saúde. Esses, dentre outros, impulsionaram a discussão do paradigma da atenção psicossocial, o qual é alicerçado no cuidado que favorece o fortalecimento dos laços de inclusão social e protagonismo das pessoas com sofrimento psíquico na sociedade (AMARANTE, 2016; BRASIL, 2005).

Os processos de mudança pretendidos pelo MRP ocorreram de forma gradual, apresentando como um marco jurídico para as políticas públicas, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2001).. Nesse contexto, ganhou destaque os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, que preconizam o cuidado no território, de forma que possibilitassem mudanças nas práticas de saúde mental, baseadas na reabilitação psicossocial (BRASIL, 2015, AMARANTE, NUNES, 2018). Nesse sentido, o cuidado de base comunitária também ganhou relevância na interação entre os serviços e setores voltados à proteção e promoção dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico (WHO, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em relatório divulgado em 2016, um em cada dez indivíduos no mundo possui algum transtorno mental. Mundialmente, o sofrimento psíquico, os transtornos mentais, neurológicos e o uso de substâncias psicoativas vêm apresentando um alto e crescente índice de prevalência, representando grande carga de adoecimento. No Brasil, esses transtornos acarretam 36,5% das principais causas de incapacidade e morte. (OMS, 2016; OPAS, 2016).

Frente ao aumento da prevalência desses transtornos na APS é importante destacar que, para a efetivação do cuidado em saúde mental, torna-se necessário implicar outros níveis de atenção, não somente os equipamentos específicos de saúde mental. Para isso, deve-se considerar a adoção do cuidado territorial, efetivado principalmente pela Atenção Primária em Saúde (APS), mas também, ampliar a rede de saúde e qualificar profissionais para receber as demandas de saúde mental (TRAPÉ, CAMPOS, 2017).

Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no ano de 2011, buscou-se fortalecer a articulação e integração dos seus diversos equipamentos constituintes: APS, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). Conforme apontado por Moreira e Onocko-Campos (2017), essa configuração da RAPS, no que se refere à atenção e à produção do cuidado em saúde mental, favorece a atuação das equipes de saúde inseridas na APS, permitindo trocas de

saberes entre os trabalhadores e maior articulação da rede de serviços, tendo em vista o cuidado ampliado para as necessidades dos usuários.

No Brasil, a APS desenvolveu-se, preferencialmente, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que prioriza o contato preferencial dos usuários, inclusive dos que necessitam dos cuidados associados ao sofrimento psíquico e os agravos decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas no campo da saúde mental, além de ser considerado, o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2013; 2017). A ESF tem importância capital para a Rede de Atenção à Saúde devido à extensão de sua cobertura e facilidade de acesso, continuidade das ações, trabalho em equipe multiprofissional e sua elevada resolatividade.

Nesse contexto, as equipes de Saúde da Família (EqSF) possuem em seu cotidiano de trabalho expressivas demandas do campo da saúde mental. De acordo com Gryscek e Pinto (2015) elas “nem sempre se sentem capazes de lidar com a demanda de SM ou se focam em ações que perpetuam a lógica centrada no cuidado médico especializado e na terapêutica medicamentosa”. Porém, esses mesmos autores destacam que “as equipes da ESF, tem plenas condições de desenvolver e ofertar cuidados integrais em SM para os indivíduos e famílias sob sua responsabilidade”.

As EqSF conhecem a história de vida dos usuários adscritos, seus vínculos e o território onde moram (BRASIL; 2017). Segundo Brito *et al.* (2018), essa reorientação do modelo de assistência operacionalizada pela ESF, através da abordagem do indivíduo em seu contexto familiar e comunitário, fortalece os laços de comprometimento entre profissionais da ESF, usuários e famílias. Com isso, definiu-se como o objetivo deste estudo analisar as contribuições da ESF na produção do cuidado em Saúde Mental em uma capital do nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa com triangulação de dados, desenvolvido em uma capital do nordeste do Brasil. A produção dos dados foi operacionalizada por meio de duas etapas:

aplicação de instrumento *online* com o universo de enfermeiros da ESF, considerando gestores responsáveis pela USF e entrevistas semiestruturadas com as demais classes profissionais (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e agentes comunitários de saúde) de três EqSF referência do município.

Foi elaborado um instrumento *online* composto por questões que caracterizavam os participantes e seu processo de trabalho de maneira geral e três questões abertas que investigavam: (a) quais ações de saúde mental as EqSF dos entrevistados desenvolviam; (b) as principais potencialidades para o desenvolvimento de ações no campo da saúde mental na ESF e; (c) as principais fragilidades para o desenvolvimento de ações no campo da saúde mental na ESF. Optou-se por entrevistar os enfermeiros uma vez que, segundo Melo (2013), a atuação desse profissional na ESF norteia-se por três pilares: a assistência, o gerenciamento e a educação orientada pelo cuidado (MELO *et al.*, 2013, ALMEIDA, 2014). Assim, avaliou-se que estes trabalhadores possuiriam uma visão ampliada do conjunto de ações desenvolvidas por sua equipe.

Para a coleta de dados nesta fase, foi obtida uma relação com os endereços eletrônicos dos 276 enfermeiros atuantes na ESF em dezembro de 2018. O instrumento foi inserido na plataforma digital *Google Forms* e o acesso às questões foi condicionado à leitura prévia e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo via e-mail e esse continha o *link* para a plataforma *Google Forms*. Destes 276 e-mails enviados, 28 não foram entregues aos destinatários. Logo, foram efetivamente convidados a participar do estudo 248 enfermeiros.

A cada sete dias, um novo convite era enviado e instrumento ficou disponível para resposta por 30 dias. Visando evitar perdas, o envio final do instrumento foi condicionado ao preenchimento de todas as questões.

Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com trabalhadores da ESF de uma Unidade Básica de Saúde Integrada - UBSi (três EqSF), com vistas a aprofundar a compreensão do objeto deste estudo. A escolha da UBSi ocorreu por conveniência, tendo em vista a vinculação da pesquisa de dois mestrados do Programa de Mestrado em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF.

Tanto o questionário *online* quanto o roteiro de entrevista, a partir de revisão da literatura, com três dimensões: (1) aproximação inicial do pesquisador ao entrevistado; (2) sensibilização do entrevistado acerca da temática a ser aprofundada; e (3) temáticas centrais a serem investigadas. Para este estudo, foram analisadas as seguintes questões: ações em saúde mental desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família; potencialidades de ações em saúde mental desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família e fragilidades encontradas pela ESF na RAPS.

Foram entrevistados três médicos, dois enfermeiros, dois cirurgiões-dentistas e quatro ACS, totalizando 11 profissionais. Para a definição do número de participantes para as entrevistas foi adotado o critério de saturação das informações (SAUNDERS *et al.*, 2018).

As respostas das três questões do instrumento *online* foram transportadas da planilha Excel para um documento Word. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e submetidas a validação (leitura das transcrições simultaneamente à audição das gravações para identificação dos possíveis erros da transcrição).

A análise de dados consistiu na realização da análise de conteúdo na modalidade temática e seguiu as seguintes etapas: leitura de cada entrevista e respostas do formulário *online*, leitura comparativa dos textos, identificação de núcleos de sentido e, subcategorização e categorização (BARDIN, 2016).

Após a análise dos resultados das duas fontes de dados isoladamente, foi estabelecido o diálogo entre estes, com a finalidade de produzir um informe único, com o intuito de avançar no esclarecimento no aprofundamento dos aspectos investigados. Os profissionais da UBSi foram identificados pela letra “P” e os enfermeiros do questionário *online* pela letra “E” e numerados aleatoriamente.

Este estudo respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com parecer no. 2.924.765 (CAEE: 94108918.8.0000.5188) (BRASIL, 2012). A participação da pesquisa se deu de forma voluntária, sendo os dados coletados após a assinatura do TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final do período de coleta do questionário *online*, alcançou-se uma taxa de resposta de 48,3% ($n=116$). No que se refere às características destes enfermeiros, 94,8% eram do sexo feminino, com média de idade de 43,6 anos ($dp=6,9$). A maioria (80,9%) possuíam mais que dez anos de experiência acumulada na ESF, 43,0% atuavam na ESF deste município há pelo menos dez anos e expressivos 73,0% encontram-se vinculados à sua EqSF há mais de 3 anos.

Os profissionais da UBSi que participaram das entrevistas, 81,8% são do sexo feminino. A idade variou entre 35 e 68 anos, com média de 48 anos. O tempo de atuação na ESF foi em média de 13,5 anos, equivalente a 81,8% dos profissionais com mais de 10 anos na APS.

Após a análise dos dados, definiram-se três categorias temáticas centrais. A primeira caracterizava as práticas em saúde mental na ESF; a segunda era composta por fatores positivos e potencializadores no cuidado em saúde mental na ESF; e, a terceira indicou os entraves a serem superados para alcançar o cuidado em Saúde Mental na ESF. Estas categorias são apresentadas e discutidas a seguir.

1 - A produção do cuidado em Saúde Mental

A maioria dos enfermeiros e os profissionais das EqSF da UBSi deste estudo afirmaram que são desenvolvidas ações de saúde mental em seus territórios. As consultas médicas, seguidas pelos grupos de saúde mental e visitas domiciliares foram as atividades mais recorrentes entre as respostas dos participantes deste estudo.

O acompanhamento individual dos usuários adscritos com algum sofrimento psíquico foi caracterizado pela oferta de consultas médicas, com periodicidade definidas, geralmente semanais. Na maioria das vezes, tinham como demanda a prescrição ou transcrição de psicotrópicos e a realização dos encaminhamentos para a RAPS.

Horário de um turno semanal reservado para atendimento individual de saúde mental, com o objetivo de acompanhamento do paciente, troca de receitas, encaminhamento. Ele é feito pelo médico (E13).

Assim, minhas consultas são sempre, agendadas no dia e são atendidos no mesmo dia, vem sempre com essa solicitação de renovação de receita (P1).

Evidências confirmam que a expansão da ESF impactou positivamente em diversas dimensões das condições de saúde da população brasileira, inclusive, favorecendo o acesso a consultas médicas (MACINKO, MENDONÇA, 2018). No caso específico do campo da saúde mental, elas já se encontram como uma ação programada entre as equipes deste estudo. Tal resultado pode ser considerado um avanço, uma vez que, historicamente, esta ação ocorria principalmente nos níveis terciário e secundário, ou seja, em clínicas e hospitais psiquiátricos (AMARANTE, NUNES, 2018; MOLINER; LOPES, 2013).

Além disso, as consultas médicas podem funcionar como coordenadoras do cuidado na RAPS ao qualificarem os encaminhamentos. Porém, Gryscek e Pinto (2015) sinalizam que profissionais da APS podem perceber a ampliação da oferta de cuidados em SM neste nível de atenção como sobrecarga de trabalho e um “desafogamento” da Atenção Especializada. Assim, torna-se importante que todos os profissionais da RAPS tenham clareza de seu papel.

No entanto, ao qualificarem a função destas consultas individuais, evidenciou-se que elas se destinavam, na maioria dos casos, à transcrição de medicamentos psicotrópicos. Com isso, percebeu-se a persistência de uma prática medicalizadora em detrimento daquelas que consideram a clínica ampliada, trabalho em rede e prevenção de complicações e promoção da saúde. Tal situação é uma realidade que envolve profissionais e usuários, ocorrendo para além de uma assistência a saúde biomédica, na qual a prescrição do psicotrópico é o foco, a população precisa compreender a importância de uma assistência humanizada e a continuidade do cuidado com outras práticas de saúde para alcançar um bem estar físico e mental.

Há muitos usuários fazendo uso de psicotrópicos, sem o devido acompanhamento, simplesmente vão para unidade de saúde renovar receita (E66).

A gente faz o acolhimento né, no acolhimento eles procuram a gente, a enfermeira para conversar sobre. É mais para pedir para médica renovar a receita da medicação (P7).

Frequentemente, a ESF acaba reproduzindo o modelo psiquiátrico tradicional, biomédico, através de práticas curativistas e mecilizadoras, se contrapondo a nova proposta de cuidado, cujas ações de saúde estão centradas no indivíduo, família e comunidade, considerando suas singularidades e aspectos socioculturais (NETO, 2017; PAULON *et al.*, 2013). A Política Nacional de Saúde Mental compreende as intervenções da APS como fundamentais no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, possibilitando a superação da medicalização enraizada na sociedade e a patologização do indivíduo. Para isso, baseado na compreensão da clínica ampliada, a produção do cuidado é compartilhada entre os diversos profissionais, propondo novas possibilidades deste cuidado para além do medicamentoso (TESSER *et al.*, 2010; ZANELLA *et al.*, 2016; BRASIL, 2017). Portanto, considerar a singularidade de cada indivíduo é fundamental, pois dessa maneira o profissional poderá oferecer uma assistência baseada no diálogo a fim de tornar o usuário sujeito do seu cuidado.

A segunda prática mais recorrente apontada pelos participantes deste estudo foram os grupos de saúde mental. Em sua maioria, apresentavam caráter interprofissional, realizados em parceria com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e em algumas situações, durante atividades de ensino. Os grupos tinham periodicidade semanal, quinzenal ou mensal, com a utilização de metodologias e atividades diversas, como por exemplo, a prática de exercícios físicos, a educação em saúde, roda de conversa, palestras, escuta qualificada e terapia comunitária.

Grupo de 15 em 15 dias na unidade, com palestras, passeios, exercícios, envolvendo todos os profissionais que queiram participar (E1).

Temos um grupo de saúde mental, com a participação do Nasf-AB e seus residentes, com reunião semanal (E4).

[...] tem o grupo Bem Viver, que é da psicóloga do Nasf-AB, toda terça-feira às 14 horas [...] tem um grupo que é encaminhado por nós médicos, enfermeiros, alguém da comunidade ou próprio agente de saúde (P3).

As atividades em grupos são estratégias de cuidado bastante eficazes. Os grupos possibilitam a troca de saberes, tanto dos profissionais, quanto dos usuários, principalmente aqueles em sofrimento psíquico - historicamente excluídos das

relações sociais no cotidiano - contribuindo para a autonomia e fortalecimento do estabelecimento de vínculos.

Corroborando com os resultados deste estudo, Frateschi e Cardoso (2016), consideram que as práticas em grupos se destacam pelo fortalecimento de vínculos e confiança entre os participantes e profissionais, através do compartilhamento das experiências vividas. Essas atividades em grupos são importantes ferramentas terapêuticas realizadas na APS, coerentes com o modelo psicossocial, incentivando a participação ativa das pessoas com sofrimento psíquico e contribuindo com o protagonismo e autonomia desses sujeitos (MINOZZO *et al.*, 2012).

Neste estudo, as atividades em grupo se configuraram como práticas interprofissionais na ESF. O trabalho interprofissional caracteriza-se como uma prática potente para otimizar as habilidades dos trabalhadores em saúde, na perspectiva de trocas e compartilhamento de saberes, contribuindo para aprimorar o diálogo para a discussão dos casos individuais e coletivos. Com isso, espera-se melhorar a resolutividade, a continuidade, a coordenação do cuidado e a tomada de decisões de forma compartilhada contribuindo para a mudança do modelo de atenção e processo de trabalho (WETZEL *et al.*, 2018, MATUDA *et al.*, 2015, WHO, 2010).

Outra importante estratégia evidenciada pelos trabalhadores participantes da pesquisa refere-se às visitas domiciliares. Esse recurso possibilita a busca ativa e identificação precoce de casos entre a população adscrita pelas EqSF, protagonizadas, principalmente, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Permite também, o acompanhamento de casos específicos pelos profissionais, conforme ilustrado pelos fragmentos:

Visita domiciliar do ACS mensal e da equipe, em caso de intercorrência ou falta de adesão (E39).

Além disso, o próprio agente de saúde que é o elo da gente na comunidade ele sempre passa e me traz, quais as dificuldades, o que é que realmente ta precisando, e aí a gente faz uma visita ou a gente abre espaço para o atendimento na própria unidade (P6).

As visitas domiciliares são fundamentais para o cuidado, permitindo uma aproximação dos profissionais ao contexto e dinâmica familiar e comunitária que os usuários estão inseridos, principalmente em casos de pessoas com sofrimento

psíquico, que muitas vezes estão isoladas e sensíveis à convivência social. Esse contato oportuniza conhecer aspectos subjetivos do indivíduo e da família a partir do diálogo e confiança e favorece a construção do projeto terapêutico singular e encaminhamentos dados pela equipe, o que é extremamente relevante no campo da SM.

O profissional ACS destaca-se nesta ação, desenvolvendo o acompanhamento às famílias e indivíduos adscritos sob sua responsabilidade, o que possibilita um processo crítico e reflexivo no trabalho da equipe. Ademais, para casos específicos, as visitas domiciliares demandam práticas colaborativas no cuidado e assumem relevância para intervenção na dinâmica da vida social das famílias e da própria comunidade, sobretudo sobre os múltiplos fatores que influenciam no processo saúde-doença (BRASIL, 2013; MOLINER, LOPES, 2013; NASCIMENTO, 2017).

Entretanto, as ações relacionadas às pessoas com uso, abuso ou dependência decorrentes ao álcool, crack e outras drogas foram pouco relatadas neste estudo. Destaca-se que as seguintes intervenções são preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS): abordagem da Promoção da Saúde na APS, enfrentamento do uso abusivo de álcool e promoção da redução de danos (BRASIL, 2017).

A fragilidade da assistência com relação ao cuidado ao usuário de álcool e outras drogas é perceptível quando a APS, principal porta de entrada da RAS, não considera esse indivíduo como parte dos cuidados de saúde mental dispensados pela EqSF. Nesse aspecto, percebe-se que o contato da EqSF com usuários de drogas e ainda encontra-se fragilizado, entretanto é imprescindível o envolvimento e articulação dos diversos equipamentos sociais e serviços de saúde para assistir essa população que, frequentemente, encontra-se em contexto de vulnerabilidade.

2 - Perspectivas e avanços na produção do cuidado em Saúde Mental

Entre as questões que potencializavam a produção do cuidado em SM no âmbito da ESF, destacaram-se a articulação das EqSF com o Nasf-AB e o CAPS, o

estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares (PICs).

Com relação à articulação das EqSF com o Nasf-AB e o CAPS, foi possível identificar, que ela favorece a ampliação do escopo de ações da ESF, possibilitando, entre outros, a oferta de uma escuta qualificada e o acesso a profissionais específicos para além da equipe mínima. Ademais, o Apoio Matricial com o CAPS e a construção de PTS com o Nasf-AB estiveram bastantes presentes. Esses, na maioria das vezes, aconteciam mensalmente e possuíam como objetivo a discussão dos casos mais complexos em saúde mental acompanhados pelas EqSF:

[o que potencializa] A ajuda e colaboração dos CAPS e Nasf-AB (E11).

Então a gente disparou o Nasf-AB [...] o serviço social, me ajudou nesse suporte, nessa costura com a família, a gente fez uma conversa com o CAPS, falando dessa gravidade dessa pessoa, da necessidade que ela tinha de um internamento clínico psiquiátrico [...] (P9).

A existência do Apoio Matricial realizado pelo CAPS e pelo Nasf-AB, como atuação territorial de interlocução entre os serviços, além de proporcionar a construção de Projetos Terapêuticos Singulares, tem como objetivo fornecer suporte técnico-pedagógico aos profissionais da ESF, instrumentalizando-os para o cuidado dos usuários em sofrimento psíquico. Historicamente, as práticas de saúde mental aconteciam de forma fragmentada e muitas vezes baseadas em transferências de responsabilidades entre os serviços e profissionais da mesma rede de cuidado. No entanto, a mudança na lógica de cuidado através do Apoio Matricial permite a corresponsabilização entre profissionais da rede e possibilita a ampliação do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, fundamental para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

As atividades de Apoio Matricial contribuem para um processo contínuo e progressivo na ampliação da responsabilidade entre os serviços, e estimula a autonomia das equipes de referência, no caso, a ESF. Essas ações têm potencializar as intervenções às pessoas com sofrimento psíquico na APS, antes delegadas somente aos serviços de saúde mental. Diante disso, o Apoio Matricial

almeja o enfrentamento do problema da fragmentação das condutas e dos saberes, bem como das práticas de cuidado (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

Segundo Gonçalves *et al.* (2015), o Nasf-AB tem contribuído positivamente no processo de trabalho e produção do cuidado oferecidos à ESF, colaborando para a qualificação das ações. Contudo, essa estratégia encontra-se em consolidação, apresentando dificuldades no seu processo de sistematização e organização do trabalho. A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf-AB depende de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do PTS, do Projeto de Saúde no Território (PST) e da Pactuação do Apoio, ferramentas importantes para a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Enquanto potencialidade, o vínculo foi valorizado como uma ferramenta potente para o desenvolvimento das ações de saúde mental. Essa relação profissional-usuário possibilita a produção de cuidado - através dos atendimentos, visitas, grupos entre outros - na qual os aspectos subjetivos fortalecem o vínculo, a confiança e consequentemente a adesão da população ao sistema de saúde. Para tal, é estratégico propiciar escuta e acolhimento de forma mais próxima da população, para assim, identificar ofertas de serviços em potencial e conhecer as reais necessidades de saúde da população adscrita.

O vínculo com as famílias e o conhecimento do contexto familiar. Além da continuidade do acompanhamento pela estratégia Saúde da Família (E28).

A gente tenta primeiro o vínculo... acho que o acolhimento maior é você se mostrar disponível, que justamente no período que a pessoa tá mais vulnerável, é aquele momento que a pessoa tá mais precisando que você chegar junto (P6).

[...] importante se você tem uma porta de acesso qualificada, que conhece essa pessoa em profundidade a partir de um método clínico centrado na pessoa que garanta essa vinculação que é para além de uma vinculação institucional, a vinculação pessoa/pessoa e que tem e que nisso se fala de subjetividade, dos afetos, das dores, das delícias da vida dessa pessoa (P9).

O vínculo possibilita a construção de relações afetivas e de confiança entre profissionais e a população que além de potencializar as ações terapêuticas, estimula o processo de corresponsabilização dos usuários no cuidado em saúde (BRASIL, 2012). Nesse contexto, o vínculo torna-se duradouro ao passo que o

cuidado longitudinal é estabelecido através da relação profissional e a comunidade, considerando aspectos subjetivos e as experiências de vida (ARCE; SOUZA, 2014).

Nesse ínterim, a premissa do cuidado em saúde mental está pautada na sensibilidade dos profissionais de saúde frente às necessidades das pessoas com sofrimento psíquico, que por intermédio de um interlocutor, possam falar sobre seus conflitos e dificuldades que podem estar relacionados à somatizações e problemas clínicos (MIELKE *et al.*, 2009; BRASIL, 2013). A escuta e olhar sensíveis permitem fortalecer as relações interpessoais e contribuem para uma visão ampliada do sujeito, considerando suas subjetividades e singularidades. Assim, possibilitam o enfrentamento do estigma e do preconceito relacionados às pessoas com transtorno mental, bem como fortalecem a integralidade e equidade no cuidado destas (ALBUQUERQUE, *et al.*, 2016; SANTOS, SANTOS, 2011).

Vale destacar a importância de atividades de educação permanente que visem despertar nos trabalhadores da APS a sensibilidade para o uso das ferramentas necessárias para a condução terapêutica e discussão dos casos em saúde mental em seus territórios.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) foram constantemente referidas pelos respondentes, demonstrando relevância no cuidado em saúde mental, bem como na promoção da saúde e prevenção e tratamento de doenças. Algumas ações são desenvolvidas nas próprias unidades de saúde, como é o caso da Terapia Comunitária, e outras em serviços específicos das PICs, sendo encaminhados pelos profissionais da ESF:

É realizada prática integrativa (auriculoterapia) semanal, principalmente para as pessoas que apresentam depressão, transtorno de ansiedade (E9).

[...] e alguns quando têm condições a gente encaminha para as práticas integrativas (PICS) [...] e aí a gente vai tentando avaliar qual o perfil daquela pessoa, quais são as possibilidades (P6).

[...] a gente tem uma ação de saúde mental que vem sendo desenvolvida aqui há 10 anos, que é o grupo de terapia comunitária [...] uma roda de conversa que a gente consegue fazer com que as próprias pessoas comecem a pensar sobre as possibilidades de resolução, ou melhor, convivência com os seus problemas, tanto familiares, como psicológicos, sociais, seja ele o que for (P8).

As PICs são sistemas 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. Nelas, é dada ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e sociedade (BRASIL, 2015 p.13).

A Terapia Comunitária (TC) é uma ferramenta das PICs do MS, na qual se utiliza de um espaço de acolhimento e partilha de experiências de vida, de sofrimentos psíquicos, de potencialidades e auto-ajuda comunitária (BARRETO, 2011). Ela apresenta-se como estratégia potente no cuidado em saúde mental na APS e vem demonstrando grande adesão, visto que sua intervenção acontece na própria comunidade e possibilita o acolhimento e identificação de adoecimentos, que em muitos casos, não necessitam de encaminhamentos para os serviços especializados da RAPS (ARAÚJO, 2018).

3 - Desafios para alcançar o cuidado em Saúde Mental

No que se refere aos desafios apontados pelos participantes para o desenvolvimento do cuidado em SM na ESF, destacaram-se a fragmentação da RAPS e a fragilidade da promoção de Educação Permanente.

A fragmentação da RAPS está presente nos discursos dos dois grupos de entrevistados. Esses referiram estarem inseridos em uma rede fragilizada, com dificuldades de encaminhamentos aos demais pontos de atenção na RAPS e carência de recursos humanos, que repercute diretamente no cuidado oferecido às pessoas com sofrimento psíquico. Também abordam sobre a necessidade de ações intersetoriais, visando à integralidade no cuidado em saúde.

[fragilidades] Acesso aos especialistas, acesso ao serviço de urgência quando necessário, fragilidade dos CAPS, principalmente o CAPS-[NN] - recursos humanos (E79).

As fragilidades se revelam , quando os projetos terapêuticos, extrapolam o limite de atuação da atenção básica, e envolvem outros níveis de atenção, ou ação de outras secretarias e instituições ou esferas de governo (E42).

Você vai na recepção e marca pelo sistema e para conseguir é difícil, tem paciente que já surtou porque não consegue marcar psiquiatra (P11).

A fragmentação do sistema de saúde é considerada um dos grandes entraves para efetivar o cuidado integral da população. Apesar de existirem normativas que regulamentam a estruturação da RAPS no SUS, essas muitas vezes, não se comunicam de forma adequada e tornam-se isoladas e ineficientes. Uma rede articulada possibilita o acompanhamento longitudinal do usuário, bem como o conhecimento dos profissionais acerca dos encaminhamentos adequados.

Junior Magalhães (2014) ressalta que a persistência da fragmentação do SUS como uma situação hegemônica o tem impedido de se tornar definitivamente um sistema, de cumprir com seus princípios de integralidade e igualdade, além do caráter descentralizador e de participação popular, e de se efetivar como rede regionalizada e hierarquizada, direitos que, apesar de garantidos por lei, têm sucumbido aos sistemas fragmentados. No caso da RAPS, além da dificuldade dos profissionais em relação ao conhecimento e manejo nas intervenções em saúde mental, percebe-se uma fragilidade da rede que produz uma descontinuidade do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e desarticulação entre serviços e outros setores (DIMENSTEIN *et al.*, 2012; 2018; REZIO *et al.*, 2015).

Outro aspecto identificado como uma fragilidade para o desenvolvimento de ações no campo da saúde mental pelos entrevistados de ambos os grupos foi a percepção do despreparo e a insuficiente capacitação das EqSF para a produção do cuidado para estes casos.

Alguns membros da equipe não se sentem preparados para realizar ações voltadas à saúde mental (E75).

Faltam capacitações para que possamos atuar nesta área (E86).

Não, não tem! Eu nunca tive formação pra isso. Voltada para o paciente, eu desconheço. [...] se teve eu não fui chamada. A gente vê coisa para tuberculose, para Saúde da Mulher, para psiquiatria eu nunca vi não (P11).

A mudança da lógica de cuidado em saúde é um processo contínuo e representa ainda um desafio às EqSF, visto que muitos profissionais possuem uma formação acadêmica baseada no modelo biologicista, centrado na doença. Ademais, os acompanhamentos às pessoas com sofrimento psíquico geram inquietações e dificuldades de manejo de profissionais no cotidiano da APS. Nesse contexto, se faz necessário que a estes profissionais seja ofertada Educação Permanente, com vistas a qualificar a produção do cuidado em saúde mental.

Quindere *et al.* (2013) verificaram que as EqSF relatam a falta de instrumentalização para intervir na saúde mental, o que muitas vezes gera encaminhamentos precipitados para os CAPS e outros serviços especializados. Tal realidade se confirma conforme Penido (2013, p.26) quando analisa que “[...] a superlotação dos CAPS se dá por casos considerados leves, os quais poderiam ser direcionados para as ESFs”. Evidências sugerem que parte das EqSF não possuem o devido preparo para o acompanhamento às pessoas com sofrimento psíquico, bem como o desconhecimento da dimensão epidemiológica dos problemas em saúde mental, assim, dificultam a compreensão do seu papel no cuidado à estas pessoas (DIMENSTEIN *et al.*, 2018; BORGES; TEIXEIRA, 2019; FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

Contudo, é fundamental que os profissionais dos diversos serviços que compõem a RAPS estejam integrados, além dos protocolos existentes, havendo momentos de encontros para discussão de casos e troca de saberes, como por exemplo, a Educação Permanente em Saúde, que contribui para o desenvolvimento do acolhimento, do vínculo e da responsabilização (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Conforme uma das diretrizes para a atuação da EqSF no âmbito da saúde mental na APS preconiza-se a educação permanente como dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na APS (BRASIL, 2010).

A ausência de capacitações e atualizações no campo da saúde mental juntamente com a precária articulação entre os serviços para proporcionar o compartilhamento dos casos e troca de saberes, prejudica o acompanhamento e a assistência às pessoas com sofrimento psíquico (FIORAMONTE, 2013).

De acordo com Gerbaldo *et al.* (2018) os profissionais com maior capacidade e preparo no acompanhamento das demandas de saúde mental são aqueles que

realizam Educação Permanente. Diante disso, acredita-se que é necessária a sensibilização dos profissionais para uma assistência qualificada e eficaz da pessoa com sofrimento psíquico, tornando-se imprescindível que participem de capacitações profissionais que contribuem para uma melhor tomada de decisões.

CONCLUSÕES

Diante dos achados desse estudo, é perceptível que o modelo biomédico ainda está enraizado culturalmente na população e nos serviços de saúde. Na realidade estudada, a demanda relativa à saúde mental mais frequente é de usuários que procuram o atendimento para renovar a receita médica e continuar o tratamento.

Entretanto, algumas equipes desenvolvem atividades que rompem com a prática médico centrada, havendo a participação de vários atores no cuidado em saúde mental. Dentre essas, destacam-se alguns grupos terapêuticos realizados de forma interprofissional, visitas domiciliares e o vínculo subsidiado pelo acolhimento e escuta qualificada do usuário. Outra potência verificada é o conhecimento dos profissionais acerca das PICs, na qual alguns desenvolvem em suas unidades e também realizam encaminhamentos para os serviços de referência das PICs.

Outrossim, as potencialidades apontadas pelos profissionais na concretização da Rede de Atenção Psicossocial, foi a comunicação estabelecida entre APS e CAPS, coordenada pela equipe do Nasf-AB por meio do apoio matricial. No entanto, trata-se de uma prática ainda incipiente, pois não são todas as equipes que conseguem ter êxito em suas ações em saúde mental na RAPS, destacando a fragilidade da Educação Permanente na área para melhor conduzir a necessidade de cada usuário.

Depreende-se desse estudo que ESF atua de maneira discreta nas práticas de assistência a saúde mental da população, contribuindo para a produção do cuidado no quesito de acompanhar alguns casos mais próximo com visitas domiciliares e coordenando o cuidado na RAS quando é necessário o acesso aos serviços especializados. No entanto, há muito que melhorar nesse contexto,

principalmente na sensibilização da população para diferentes práticas de cuidado que se distanciam do foco na medicalização.

Desta forma, devido o aumento da prevalência de pessoas com sofrimento psíquico e o impacto na qualidade de vida da população brasileira, torna-se necessária uma melhoria na qualidade do cuidado através da Educação Permanente e fortalecimento da RAPS. Ademais, o profissional de saúde deve compreender que a assistência à pessoa com sofrimento psíquico pode se ancorar em tecnologias leves, a partir da construção do vínculo profissional-usuário.

Espera-se que este estudo contribua para o fomento de estratégias que concretizem uma assistência qualificada e eficaz às pessoas com sofrimento psíquico, ressaltando o envolvimento da gestão na oferta de capacitações para os profissionais da APS. Além disso, estabelecer uma RAPS articulada, com acesso coordenado pela APS é fundamental para que o acompanhamento dos usuários com sofrimento psíquico seja resolutivo de acordo com a singularidade de cada situação.

Para tanto, destaca-se a importância deste olhar para a saúde mental na APS, pela aproximação dessa junto à comunidade, na qual é possível identificar a realidade local e o usuário na sua integralidade. Assim, é possível identificar os casos de pessoas com sofrimento psíquico, planejar ações de promoção à saúde e qualificar a produção do cuidado na ESF, bem como encaminhá-las para outros pontos de atenção na rede.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Janaina de. **Habilidades e Competências do Enfermeiro no Gerenciamento dos Serviços na Atenção Primária à Saúde**. 2014. 28f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Bom Despacho, 2014.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. 2018.

ARAÚJO, Michell Ângelo Marques et al. A Terapia Comunitária: criando redes solidárias em um Centro de Saúde da Família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 71-76, 2018.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de. Práticas de longitudinalidade no âmbito da estratégia saúde da família no Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Coletiva**. 22 (1): 62-8 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2016

BARRETO, Adalberto de Paula. Terapia Comunitária: passo a passo. In: **Terapia Comunitária: passo a passo**. 2011.

BORGES, Nayara Silva; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Integração entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 1, p. 59-71, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Caderno de Atenção Básica, n. 27**).

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p.106.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**). Brasília: Ministério da Saúde, 176 p., 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, DF, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 96 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 (BR). **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de et al. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

DE ABREU GONÇALVES, Rita Maria et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

DE ALBUQUERQUE, Maria Cicera dos Santos et al. Relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde na atenção psicossocial. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2016

DIMENSTEIN, Magda et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Revista Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 98, 2012.

DIMENSTEIN, Magda et al. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no sus. **Salud & Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 70-85, 2018.

DO NASCIMENTO, Vagner Ferreira et al. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre visita domiciliária após aperfeiçoamento em saúde da família. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, 2017.

FIORAMONTE, Anderson et al. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 315-22, 2013.

FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, v. 47, n. 2, p. 159-168, 2016.

GERBALDO, Tiziana Bezerra et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1079-1094, 2018

GRYSCHKE, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3255-3262, 2015.

JUNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Redes de Atenção à Saúde Construindo o Cuidado Integral. **Revista Divulgação em saúde para o debate**. n. 52, 2014.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 625-635, 2016.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MATUDA, Caroline Guinoza et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2511-2521, 2015.

MELO, Suzane Cristina Costa et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 840-846, Dec. 2013

MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 159-164, 2009.

MINOZZO, Fabiane et al. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 323-340, 2012.

MOLINER, Juliane de; LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 1072-1083, 2013.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 462-474, 2017.

NETO, Daniel Carlos. A (des)medicalização na atenção primária: o surgimento de um novo cenário na saúde pública. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. 2, p. 9-14, 2017.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas**, 2018. Washington, D.C.: OPAS; 2018.

PAULON, Simone et al. A saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Psicologia para América Latina**, n. 25, p. 24-42, 2013.

PENIDO, Cláudia. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: PAULON Simone, NEVES Rosane, (org). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, p. 13-39, 2013.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2157-2166, 2013.

RÉZIO, Larissa de Almeida et al. Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 793-803, 2015.

SANTOS, Ialane Monique Vieira dos; SANTOS, Adriano Maia dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 13, p. 703-716, 2011.

SAUNDERS, Benjamin et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Quality & quantity**, v. 52, n. 4, p. 1893-1907, 2018.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 477-486, 2009.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3615-3624, 2010.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-8, 2017.

WETZEL, Christine et al. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1729-1738, 2018.

WHO. World Health Organization et al. **Mental health action plan 2013-2020**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/>. Acesso em: 19 março 2019.

WHO. World Health Organization et al. **mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)–version 2.0**. World Health Organization, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1>> .Acesso em: 05 maio 2019.

ZANELLA, Michele et al. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p. 53-62, 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo sobre as contribuições da Estratégia da Saúde da Família na produção do cuidado em saúde mental, identificamos potencialidades com práticas exitosas realizadas por algumas EqSF, porém ainda em construção e com limites importantes para a incorporação destas no cotidiano dos serviços.

A cidade do Recife, a qual foi escolhida como campo de investigação, representa um campo de pesquisa heterogêneo e complexo, em virtude de sua magnitude populacional e territorial, bem como sua diversidade cultural, sua desigualdade socioeconômica entre outros fatores.

Percebe-se que existe uma grande diversidade de ações em saúde mental desenvolvidas por profissionais da ESF, e estas ocorrem com maior ou menor grau, dependendo do Distrito Sanitário do município em questão. Além disso, ainda existe um forte modelo biomédico tanto nas práticas dos profissionais da APS, quanto da população que culturalmente procura atendimento médico para renovação de receitas de psicotrópicos. Apesar disso, percebemos neste que algumas EqSF conseguem colocar em prática o modelo psicossocial, preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

As atividades em grupos e as visitas domiciliares apresentam-se como potenciais para o fortalecimento do vínculo e reinserção social das pessoas com sofrimento psíquico. Percebe-se que o vínculo através de escuta qualificada aumenta as possibilidades de identificação de pessoas com sofrimento psíquico e melhor encaminhamentos na RAPS.

As profissionais entendem que todos os integrantes da EqSF podem contribuir no cuidado em saúde mental, porém os ACS, através das visitas domiciliares, são identificados como principais atores na detecção, articulação e acolhimento inicial do sofrimento psíquico, em virtude de sua inserção privilegiada no território.

Ademais, as PICs são consideradas práticas presentes em algumas EqSF e muitas equipes conhecem o fluxo para o encaminhamento no território. O apoio matricial precisa se consolidar enquanto dispositivo capaz de potencializar a

capacidade das equipes da ESF para ofertar cuidado em saúde mental, sendo efetivo em alguns distritos sanitários, porém não sendo uniforme no restante.

Outro ponto relevante é o fato de que a maioria dos respondentes refere não participarem de capacitações sobre a temática, tornando a assistência a pessoas com sofrimento psíquico fragilizada. Nas equipes que desenvolvem a prática de Apoio Matricial, relatam que o compartilhamento de saberes, as discussões de casos conjuntas favorecem a ampliação do escopo de ações da ESF, possibilitando melhor intervenção àquelas pessoas com sofrimento psíquico, seja na própria unidade, ou por encaminhamentos qualificados para outros serviços da RAPS.

Apesar da existência de políticas públicas sobre saúde mental, percebe-se a necessidade da coordenação do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, uma vez que os serviços muitas vezes não conseguem uma comunicação efetiva, tornando a rede fragmentada e não contribuindo para o cuidado integral do usuário.

Entende-se que a ESF desempenha papel estratégico no SUS, mas não podem ser responsabilizados isoladamente pelo acompanhamento das pessoas com sofrimento psíquico e o adequado andamento dos fluxos de referência e contra referência na RAPS.

Quanto aos limites da pesquisa, cabe destacar a ausência da percepção de outros atores envolvidos no cuidado em saúde mental (usuários, famílias e gestores), incluindo outros setores, como a Assistência Social, Educação, Justiça, entre outros. A pesquisa também encontra limites ao não aprofundar a discussão sobre o processo de trabalho das equipes, principalmente em virtude do contexto atual de precarização do SUS e retrocesso das conquistas de políticas públicas.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias na produção do cuidado com relação as pessoas com sofrimento psíquico, além da formulação para o planejamento da gestão e de dispositivos institucionais de monitoramento e avaliação da produção do cuidado que induzam o diálogo entre a política de saúde mental e a política de atenção básica.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Carla. **Atuação do enfermeiro de Atenção Básica no âmbito da articulação da prática interprofissional**. 2013. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013
- ALMEIDA, Janaina de. **Habilidades e Competências do Enfermeiro no Gerenciamento dos Serviços na Atenção Primária à Saúde**. 2014. 28f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Bom Despacho, 2014.
- AMARANTE, Aline Lage et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.
- BADUY, Rossana Staevie et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 295-304, 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2016.
- BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. O CAPS no processo do matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica. **Anais do 14º Encontro Nacional da Abrapso**, 2007.
- BISOL, Cláudia Alquati. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. **Estudos de Psicologia**, v. 29, p. 719-726, 2012.
- BORGES, Nayara Silva; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Integração entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 1, p. 59-71, 2019.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

_____. Constituição; BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 336/GM. Publicada em 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003.

_____. Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008a.

_____. 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, 2008b. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Clínica Ampliada e Compartilhada.** (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2). Brasília, DF, 64 p., 2009.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. 157 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27]

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Brasília, DF, 2011c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 34**).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (**Cadernos de Atenção Básica, n. 39**)

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil. 2015.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumprir-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil> (Acessado em: 25 de agosto de 2019).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 44 p.: il.

_____. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 183, seção 1, p. 68-76, 2017.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da cobertura da Saúde da Família.** 2018 [acessado 2018 jun 19]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

BRÊDA, Mércia Zeviani et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

CABRAL, Thamiris Maria Nascimento; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 159-171, 2015.

CANO, Ignacio. Nas trincheiras do método: o ensino da metodologia das ciências sociais no Brasil. **Sociologias**, v. 14, n. 31, p. 94-119, 2012.

CARDOSO, Antonio José Costa et al. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**: Políticas públicas de saúde: textos e contextos, Brasília, v. 1, n. 8, p.45-50, 2014.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 589-599, 2011.

CUMMINGS, Steven; STEWART, A. L.; HULLEY, Stephen. Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados. In: HULLEY, Stephen; CUMMINGS, Steven; BROWNER, Warren, et al. **Delineando a pesquisa clínica Uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DA SILVA, Roberta Freitas et al. Tecnologias nas ações em enfermagem: utilização de escalas/testes. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 1, n. 1, 2012.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 357-366, 2012.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Ed.). **The Sage handbook of qualitative research**. Sage, 2011.

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e sociedade**, v. 18, p. 63-74, 2009.

ESLABÃO, Adriane Domingues et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; JÚNIOR, Ronis Magdaleno. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em estudo**, v. 17, n. 1, p. 63-71, 2012.

FORTES, Sandra et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. 150-156, 2011.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (org). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos**. São Paulo: Hucitec, p. 172-82, 2013.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 296-304, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados. **Rio de Janeiro: Cebes**, p. 7-74, 2012.

GOLDBERG, David P. Anxious forms of depression. **Depression and anxiety**, v. 31, n. 4, p. 344-351, 2014.

GOMES, Mara H.; SILVEIRA, Cássio. Sobre o uso de métodos qualitativos em Saúde Coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 160-165, 2012.

GOMES, Thiago Luccas Correa dos Santos. **Atenção primária à saúde e integralidade: articulação entre gestão e ensino aprendizagem** (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina de Marília, SP, Brasil. 2015

GOMES, Viviane Ferrari; MIGUEL, Tatiana Longo Borges; MIASSO, Adriana Inocenti. Transtornos Mentais Comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1203-1211, 2013.

GONÇALVES, Rita Maria et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131, 2015.

GUEDES, Ariane et al. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Banco de dados agregados - **Censo Demográfico e Contagem da População (2010)**. In: IBGE. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>. Acesso em julho de 2018.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3051-3060, 2011.

LEMES, Alisséia Guimarães et al. Matriciamento em saúde mental: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 1, n. 13, 2015.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andrea de Abreu Feijó; KOHN, Robert. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENEZES, Alice Lopes do Amaral; CORREIA, Celina Ragoni de Moraes. **Processo de trabalho colaborativo em saúde mental na atenção primária**. São Luís: UNA-SUS, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MOLINER, Juliane de; LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 22, p. 1072-1083, 2013.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

NERICIA, Regina de Carvalho Oliveira. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. UMA-SUS/UFMA. São Luiz. 2016

OLIVEIRA, Marluce Alves et. al. **Sofrimento psíquico e a cultura contemporânea: perspectivas teórico-clínicas**. Fortaleza: EdUECE, 2014.

CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada—sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 março 2018.

OPAS/OMS. **OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas.** [S.l.: s.n.], 2017. ONUBR Nações Unidas no Brasil p. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>. Acesso em: 23 abril 2019.

OPAS. Organização Pan americana da Saúde. **Sistemas de saúde com base na atenção primária: estratégia para o desenvolvimento de equipes de Atenção Primária em Saúde (APS).** Washington: OPAS; 2009.

OPAS. Organização Pan americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate.** Brasília, DF, OPAS, 2011.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS.** SciELO-Editora: FIOCRUZ, 2009.

PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. **Lancet**, p. 11-31, 2012.

DE PIRES, Denise Elvira Pires et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e2682, 2016.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, **Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021** / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. _ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2018. xxx p.: - il.

RECIFE, Secretaria de Saúde. Banco de Dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica / e-SUS AB. Disponível em: esus.recife.pe.gov.br Acesso em: 20 outubro 2019.

ROCHA, Bruno Simas da; WERLANG, Maria Cristina. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 3291-3300, 2013.

SARAIVA, Sonia Augusta Leitão; CREMONESE, Evelyn.; BRASIL. Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis— SC. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados** Brasília: MS, p. 39-50, 2008.

SCHUTEL, Tamara Alexandra Arias et al. **A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde.** 2015.

SILVA, Bárbara Virgínia Groff. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. **AEDOS**, v. 5, n. 12, 2013.

STARFIELD, Barbara et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2004.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 477-486, 2009.

TAVARES, André Luís Bezerra; DE SOUZA, Adriano Rodrigues; PONTES, Ricardo José Soares. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 26, p. 35-42, 2013.

THEODORO, Camila Roman; MOREIRA, Maria Inês Badaró. Histórias, nossas histórias: potências e desafios do mundo do trabalho para usuários de um serviço de saúde mental. **Mental**, v. 11, n. 20, p. 279-295, 2017.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 183-193, 2009.

WHO. World Health Organization. **mhGAP Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders**. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/ Acesso em: 20 agosto 2018.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso-: Planejamento e métodos**. Bookman editora, 2015.

APÊNDICE 1
QUESTIONÁRIO *ONLINE*

1- QUAL O SEU SEXO? (1) Feminino (2) Masculino

2- QUAL A SUA IDADE?

anos

3- HÁ QUANTO TEMPO (EM MESES) VOCÊ É ENFERMEIRO (A) DESTA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

Meses

4- EM QUAL DISTRITO SANITÁRIO ENCONTRA-SE SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

**AGORA, VAMOS PENSAR NA SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA. NÃO
POUPE PALAVRAS PARA RESPONDER AS PERGUNTAS. TUDO O QUE VOCÊ
SABE E PENSA É IMPORTANTE PARA NÓS!!!!**

5- VOCÊ CONHECE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE DO RECIFE?

(1) Eu conheço muito bem a Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Recife

(2) Eu conheço razoavelmente a Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Recife

(3) Eu conheço pouco a Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Recife

(4) Eu não conheço a Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Recife

6-PENSE AGORA EM SUA EQUIPE COMO UM TODO... SUA EQUIPE CONHECE A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA CIDADE DO RECIFE?

- (1) Minha equipe conhece muito bem a Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Recife
- (2) Minha equipe conhece razoavelmente bem a Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Recife
- (3) Minha equipe conhece pouco a Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Recife
- (4) Minha equipe não conhece a Rede de Atenção Psicossocial da cidade do Recife

7- SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DESENVOLVE AÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL?

- (1) Sim
- (2) Não

8- EM SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUAL (IS) AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL QUE SÃO DESENVOLVIDAS? (Descreva: qual o objetivo da ação? Ela é individual? Ela é coletiva? Qual o Público-alvo, Qual(is) o(s) membro(s) da equipe envolvido(s)? Periodicidade – semanal? Quinzenal? Etc.- como ela é executada?). Explique sua resposta com o máximo de informações possível.

9- PARA VOCÊ, QUAIS AS PRINCIPAIS POTENCIALIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL EM SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA? EXPLIQUE SUA RESPOSTA COM O MÁXIMO DE INFORMAÇÕES POSSÍVEL.

10- - PARA VOCÊ, QUAIS AS PRINCIPAIS FRAGILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL EM SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA? EXPLIQUE SUA RESPOSTA COM O MÁXIMO DE INFORMAÇÕES POSSÍVEL.

APÊNDICE 2
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
QUESTIONÁRIO *ONLINE*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre A Produção do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família e está sendo desenvolvida pelo pesquisador Paolo Porciúncula Lamb, aluno do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

Os objetivos do estudo são:

1. Identificar as ações no campo da saúde mental desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família;
2. Compreender as potencialidades e as fragilidades para o desenvolvimento de ações de saúde mental no âmbito da Estratégia da Saúde da Família.

A finalidade deste trabalho é contribuir para identificação e análise crítica do papel da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde, a partir das ações no campo da saúde mental, e com seus resultados propor estratégias de potencialização dessas ações pelas Equipes de Saúde da Família do Recife.

Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão o papel da Estratégia Saúde da Família no contexto da Rede de Atenção à Saúde em um município de grande porte. Seus resultados poderão nortear discussões ao nível local e nacional para a qualificação da assistência prestada e para a definição de estratégias de educação permanente.

Solicitamos a sua colaboração para o estudo ***respondendo a um questionário online***, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Contato dos Pesquisadores Responsáveis

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador:

Paolo Porciúncula Lamb

Endereço (CAPS AD Estação Vicente Araújo): Rua Couto Magalhães, 480 - Rosarinho, Recife - PE, CEP: 50680-275

Telefone: ☎ (81) 3355-4252 ou 997421108

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

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito 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.

APÊNDICE 3
ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS
TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Cordialidades iniciais.

2. Leitura e assinatura do TCLE.

3. Núcleo temático: caracterização do entrevistado

Qual a sua idade? Sua formação acadêmica? Há quanto tempo você trabalha na Estratégia de Saúde da Família? Há quanto tempo você está nesta Equipe de Saúde da Família?

4. Núcleo temático: Compreensão sobre a Estratégia de Saúde da Família

Como você compreende e percebe o papel da Estratégia de Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde?

5. Núcleo temático: Compreensão sobre a Rede de Atenção Psicossocial

Como você compreende e percebe a Rede de Atenção Psicossocial de Recife?

6. Núcleo temático: o papel da Estratégia de Saúde da Família na Rede de Atenção Psicossocial

Para você, qual seria o papel da Estratégia de Saúde da Família na Rede de Atenção Psicossocial?

7. Núcleo temático: ações em saúde mental desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família

Considerando sua Equipe de Saúde da Família, quais ações em saúde mental vocês realizam?

8. Núcleo temático: potencialidades de ações em saúde mental desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família

Quais são as potencialidades para e do desenvolvimento de ações em saúde mental na sua Equipe de Saúde da Família?

9. Núcleo temático: fragilidades encontradas pela ESF na RAPS

Quais são as fragilidades para e do desenvolvimento de ações em saúde mental na sua Equipe de Saúde da Família?

10. Núcleo temático: questões complementares sobre a temática.

Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre o que conversamos?

11. Cordialidades finais. Encerrar a entrevista.

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ENTREVISTAS

Prezado (o) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre o A Produção do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família e está sendo desenvolvida pelo pesquisador Paolo Porciúncula Lamb, aluno do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

Os objetivos do estudo são:

1. Identificar as ações no campo da saúde mental desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família;
2. Compreender as potencialidades e as fragilidades para o desenvolvimento de ações de saúde mental no âmbito da Estratégia da Saúde da Família.

A finalidade deste trabalho é contribuir para identificação e análise crítica do papel da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde, a partir das ações no campo da saúde mental, e com seus resultados propor estratégias de potencialização dessas ações pelas Equipes de Saúde da Família do Recife.

Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão o papel da Estratégia Saúde da Família no contexto da Rede de Atenção à Saúde em um município de grande porte. Seus resultados poderão nortear discussões ao nível local e nacional para a qualificação da assistência prestada e para a definição de estratégias de educação permanente.

Solicitamos a sua colaboração para o estudo ***respondendo a uma entrevista semiestruturada***, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Contato dos Pesquisadores Responsáveis

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador:

Paolo Porciúncula Lamb

Endereço (CAPS AD Estação Vicente Araújo): Rua Couto Magalhães, 480 - Rosarinho, Recife - PE, CEP: 50680-275

Telefone: ☎ (81) 3355-4252 ou 997421108

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

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito 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 1 - Carta de anuência da Secretaria de Saúde



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Sara Virna Alves Barros, Paolo Porciúncula Lamb, Naluiza Batista Durand e Kalline Raphaela Macedo Magnago**, pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, a desenvolverem pesquisa na Gerência Geral de Atenção Básica, Gerência de Atenção a Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Coordenação da Saúde da Mulher e Unidade de Saúde da Família Prof. Dr. Hélio Mendonça da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"A Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado na Rede de Atenção à Saúde"**, sendo orientados por Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 03 de julho de 2018.

Atenciosamente,

Tulio Romério Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tulio Romério Lopes Quirino
Chefe da Div. de Educação na Saúde
UFES / DEGTES / SESAUI
Mat. 190.473-3

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92

ANEXO 2- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 94108918.8.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.924.765

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, operacionalizado por meio do uso combinado dos métodos qualitativo e quantitativo com a utilização de diferentes técnicas de coleta de dados e de participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o papel da Estratégia de Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde do Recife

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O principal risco relacionado à participação no estudo é algum possível constrangimento ou estigmatização perante pessoas e instituições, caso as respostas/informações venham a público. Neste sentido, é garantido o anonimato das respostas dos instrumentos de coleta de dados primários e das informações extraídas do livro de registro de exame de Papanicolau.

Benefícios:

Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão sobre o papel da Estratégia Saúde da Família no contexto da Rede de Atenção à Saúde em um município de grande. Seus resultados poderão nortear discussões ao nível local e nacional para a qualificação da assistência prestada e para a definição de estratégias de educação permanente

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 2.924.765

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentou todos os termos obrigatórios

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

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_PROJETO_1134848.pdf	07/09/2018 07:26:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_ajustado.pdf	07/09/2018 07:22:51	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ajustado.docx	07/09/2018 06:50:55	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	16/07/2018 08:08:11	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	16/07/2018 08:06:09	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_Depto.pdf	16/07/2018 08:05:12	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

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



Continuação do Parecer: 2.924.765

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Setembro de 2018

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br