



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Rafael Camilo Gonçalves

**Demanda e cuidados em saúde mental: um estudo com
profissionais da atenção psicossocial e da saúde da família**

UBERLÂNDIA

2020



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Rafael Camilo Gonçalves

**Demanda e cuidados em saúde mental: um estudo com
profissionais da atenção psicossocial e da saúde da família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dra. Renata Fabiana Pegoraro

Co-orientador(a): Pro. Dra. Eliane Regina Pereira

**UBERLÂNDIA
2020**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

G635
2020
Gonçalves, Rafael Camilo, 1993-
Demanda e cuidados em saúde mental: [recurso eletrônico] :
um estudo com profissionais da atenção psicossocial e da saúde
da família / Rafael Camilo Gonçalves. - 2020.

Orientadora: Renata Fabiana Pegoraro.

Coorientadora: Eliane Regina Pereira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Psicologia.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.176>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Psicologia. I. Pegoraro, Renata Fabiana, 1974-, (Orient.). II.
Pereira, Eliane Regina, 1975-, (Coorient.). III. Universidade Federal
de Uberlândia. Pós-graduação em Psicologia. IV. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091

Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Rafael Camilo Gonçalves

**Demanda e cuidados em saúde mental: um estudo com
profissionais da atenção psicossocial e da saúde da família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dra. Renata Fabiana Pegoraro

Banca Examinadora

Uberlândia, 02 de março de 2020.

Profa. Dra. Eliane Regina Pereira (Presidente)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Marisa Aparecida Elias

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Cintia Bragheto Ferreira

Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba, MG

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG (suplente interno)

Profa. Dra. Yasmin Lívia Queiroz Santos

Instituto Luterano de Ensino Superior ILES/ULBRA – Itumbiara, GO (suplente externo)

UBERLÂNDIA

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/número 345/PGPSI				
Data:	Dois de março de dois mil e vinte	Hora de início:	09:30	Hora de encerramento:	11:30
Matrícula do Discente:	11812PSI028				
Nome do Discente:	Rafael Camilo Gonçalves				
Título do Trabalho:	Demanda e cuidados em saúde mental: um estudo com profissionais da atenção psicossocial e da saúde da família				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Desafios do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial				

Reuniu-se na sala 46, bloco 2C, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Marisa Aparecida Elias - ESTES/UFU; Cintia Braghetto Ferreira - UFTM; Eliane Regina Pereira orientadora do candidato.

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr(a). Eliane Regina Pereira, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Regina Pereira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 02/03/2020, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marisa Aparecida Elias, Professor(a) do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico**, em 02/03/2020, às 11:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cintia Bragheto Ferreira, Usuário Externo**, em 02/03/2020, às 12:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1853897** e o código CRC **4524439E**.



Agradecimentos

Nos percursos desse caminho que decidi trilhar me deparei com diversas dificuldades, entretanto não consigo vislumbrar escolhas que pudessem me levar por outras vias e me deixar mais realizado e feliz do que o lugar e o momento que me encontro agora.

A oportunidade de ter recebido educação, ser impulsionado e incentivado a valorizar a escola e sua função formadora, poder fazer uma graduação em uma universidade pública em período integral e poder estar realizando o mestrado deve-se, primeiramente, à minha família. Agradeço à minha mãe, ao meu pai, meu irmão e aos meus avós por todas conquistas até aqui.

Agradeço profundamente os meus queridos professores de sociologia e filosofia do ensino médio, Agnaldo Damasceno e Ricardo Japiassu. Estes, nos anos de ensino médio, me ofereceram alimento intelectual que, com grande certeza, me colocaram o início do caminho que percorro até então. Vocês arrasaram, muito obrigado!

Faço questão de destacar que poder cursar uma universidade pública, integral em um curso elitista, para quem sempre estudou em escolas públicas e só ouviu da possibilidade de entrar na UFU apenas nos últimos anos de ensino médio, se tornou um privilégio. Agradeço, então, ao sistema de cotas sociais, direcionados para alunos de baixa renda que estudaram em escola pública a vida toda, que me proveram a oportunidade de ingressar na UFU e estar caminhando com muitos que tiveram mais oportunidades e recursos de educação do que eu até então. Poder cursar o nível superior numa universidade pública transforma a vida de qualquer um e abre portas para uma vida com novos sentidos.

Agradeço imensamente à minha companheira de vida, Lívia, que esteve comigo nos momentos difíceis prestando apoio, discutindo e colaborando e está, e continuará vivenciando junto comigo momentos felizes e de conquistas, como a finalização de mais esta etapa.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Agradeço a companhia e suporte dos meus amigos de infância que também sempre me apoiaram nas minhas escolhas: Lucas Marra, Lucas Almeida, Rafael Miranda e Lívia Coutinho.

Também sou grato às minhas colegas de estudo e pesquisa, Lara, Luíza e Débora que contribuíram significativamente na construção e condução deste trabalho.

Agradeço também o total apoio do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – por ter me proporcionado bolsa de estudos a partir do mês de agosto de 2019 até o mês de fevereiro de 2020, podendo me dedicar integralmente à construção da pesquisa.

Por último, mas especialmente, agradeço os meus grandes professores e professoras da graduação e mestrado, com quem tive a oportunidade de acompanhar, estar próximo e estiveram sempre presentes: Prof. Dr. Rodrigo Péres, Prof^a. Dr^a Renata Pegoraro, Prof^a. Dr^a Eliane Pereira e Prof^a. Dr^a Sílvia Cintra. À Renata, melhor orientadora/pesquisadora/professora do mundo, meus agradecimentos serão infinitos.

Dedico essa produção à saúde pública brasileira, ao SUS e todos os seus avanços de humanização na atenção à saúde; à todos e todas profissionais que participaram e contribuíram de forma enriquecedora na construção dessa pesquisa; como também aos pesquisadores dessa área, pois sem seus estudos e sua dedicação em produzir conhecimento nesse contexto, nada disso seria possível.



Resumo

A implementação da Rede de Atenção Psicossocial no ano de 2011 no Brasil coloca diferentes pontos para o cuidado em saúde mental dos usuários, sendo portanto necessária a articulação dos serviços que compõem a rede entre si e com equipamentos fora do setor saúde que sejam necessários para a atenção à pessoa em situação de sofrimento psíquico. Destacam-se para este estudo o Centro de Atenção Psicossocial e a Estratégia de Saúde da Família na orientar e proposição dos cuidados a esse público. Deste modo, o objetivo principal desta pesquisa foi identificar a demanda em saúde mental e as ações de cuidados segundo profissionais de equipe de um Centro de Atenção Psicossocial e duas equipes de Saúde da Família apoiadas por um NASF-AB. Foram objetivos específicos: (1) investigar junto aos profissionais que integram os níveis de atenção básica e atenção psicossocial sua compreensão sobre práticas e ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas à saúde mental e (2) compreender as formas de articulação de cuidado utilizadas pelas equipes de atenção primária e atenção psicossocial. A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa, descritiva e exploratória, foi realizada em um município do interior de Minas Gerais com quatro psicólogos e uma enfermeira de um Centro de Atenção Psicossocial II e duas psicólogas, três enfermeiras e nove agentes comunitários de saúde de duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) apoiadas por um NASF-AB. Foram usados questionários e roteiros de entrevista semi-estruturada para a produção dos dados. Os resultados mostraram que os profissionais do CAPS realizam atividades como acolhimento, grupos, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, reuniões de equipe e intersetoriais. Os conceitos e as práticas de promoção da saúde, prevenção e tratamento são muito aproximados na concepção dos profissionais de CAPS, o que sinalizou que as ações podem ser realizadas de forma dificilmente isoladas. Já referente aos profissionais das UBSFs, houve maior ocorrência, por parte dos agentes comunitários de saúde, de atividades como visitas domiciliares, orientação e realização e atualização de cadastros de famílias. As profissionais de enfermagem e psicologia realizaram ações como acolhimento, atendimento individual, grupos, oficinas e reuniões no serviço e com outros serviços. Foi constada nessas unidades uma lógica de passagem de casos aos profissionais de formação especializada, como no caso da saúde mental, dificilmente havendo uma discussão conjunta ou uma responsabilidade compartilhada entre os profissionais do serviço. Os profissionais das UBSF compreenderam a promoção da saúde mais ligada às propostas de grupos e oficinas, enquanto atribuíram a prevenção às práticas de orientação e busca de modos de vida saudável. O tratamento foi quase que exclusivamente ligado aos aspectos curativos e a utilização de medicamentos, embora também fosse lembrado de demais aspectos de podem contribuir para ele, como suporte familiar e vínculo com o serviço e os profissionais. Para cada serviço foi possível elaborar uma figura que apresenta o fluxo do usuário pela unidade. Pode-se perceber também ocorrência de articulação destes serviços com outros serviços e entre eles, caracterizando não apenas um atendimento intrasetorial, mas também intersetorial.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; Saúde da Família; Cuidado em saúde; Promoção da saúde.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Abstract

The implementation of the Psychosocial Care Network in 2011 in Brazil poses different points for the mental health care of users, therefore it is necessary to articulate the services that make up the network with each other and with equipment outside the health sector that are necessary for the attention to the person in a situation of psychological distress. For this study, the Psychosocial Care Center and the Family Health Strategy stand out in guiding and proposing care to this public. Thus, the main objective of this research was to identify the demand for mental health and care actions according to professionals from a Psychosocial Care Center team and two Family Health teams supported by a NASF-AB. The specific objectives were: (1) to investigate with the professionals who integrate the levels of primary and psychosocial care their understanding of practices and actions of promotion, prevention and treatment related to mental health and (2) to understand the forms of articulation of care used by primary care teams and psychosocial care. The present research is characterized as qualitative, descriptive and exploratory, it was carried out in a city in the interior of Minas Gerais with four psychologists and a nurse from a Psychosocial Care Center II and two psychologists, three nurses and nine community health agents from two Basic Family Health Units (UBSF) supported by a NASF-AB. Questionnaires and semi-structured interview scripts were used to produce the data. The results showed that CAPS professionals carry out activities such as reception, groups, elaboration of Singular Therapeutic Projects, team and intersectoral meetings. The concepts and practices of health promotion, prevention and treatment are very similar in the conception of CAPS professionals, which signaled that actions can be carried out in an isolated way. Regarding the UBSFs professionals, there was a greater occurrence, by the community health agents, of activities such as home visits, guidance and realization and updating of family registers. Nursing and psychology professionals performed actions such as reception, individual care, groups, workshops and meetings in the service and with other services. It was found in these units a logic of passing cases to specialized training professionals, as in the case of mental health, with hardly any joint discussion or shared responsibility among the service professionals. The UBSF professionals understood health promotion more linked to the proposals of groups and workshops, while they attributed prevention to the practices of guidance and the search for healthy ways of life. The treatment was almost exclusively linked to the curative aspects and the use of medications, although he was also reminded of other aspects that can contribute to it, such as family support and bond with the service and professionals. For each service, it was possible to create a figure that shows the user's flow through the unit. One can also perceive the occurrence of the articulation of these services with other services and among them, characterizing not only an intrasectoral service, but also an intersectoral one.

Keywords: Psychosocial Care; Family Health; Health care; Health promotion.



Sumário

Apresentação	10
Capítulo 1 - Revisão de literatura.....	13
1.1 O cuidado em saúde mental no território e a atenção primária	22
1.2 Cuidado em saúde mental e os desafios para sua articulação em rede	24
1.3 Equipes de saúde da família e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família: Atenção Básica na construção de ações de cuidado e promoção em saúde mental no território	27
1.4 As relações de cuidado e o “cuidar” na saúde na promoção, na prevenção e no tratamento	32
1.5 Problemas de Pesquisa	40
1.6 Objetivos	40
Capítulo 2 - Aspectos metodológicos	42
2.1 Tipo de estudo	42
2.2 Local.....	42
2.3 Participantes	43
2.4 Instrumentos	44
2.5 Procedimentos éticos e de coleta de dados.....	46
2.6 Forma de análise de dados	51
Capítulo 3 - Resultados e Discussão	53
3.1 Centro de Atenção Psicossocial: o cuidado da equipe e compreensão sobre promoção, prevenção e tratamento.....	53
3.1.1 Caracterização dos participantes da equipe do Centro de Atenção Psicossocial	53
3.1.2 Atividades realizadas pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial	54
3.1.3 Demanda em saúde mental e cuidados segundo profissionais da equipe da atenção psicossocial.....	58
3.1.4 Ações de promoção, prevenção e tratamento desenvolvidas pela equipe do CAPS .	71
3.2 Equipe de Saúde da Família e NASF-AB: o cuidado da equipe e compreensão sobre promoção, prevenção e tratamento.....	76
3.2.1 Caracterização dos participantes nas equipes de Atenção Básica	76
3.2.2 Atividades realizadas pelos profissionais da Atenção Básica	77
3.2.3 Demanda em saúde mental e cuidados segundo profissionais das UBSFs e NASF- AB.....	82
3.2.4 Compreensão sobre ações de promoção, prevenção e tratamento realizadas pelas equipes de atenção primária	102
3.3. Articulação e cuidado em rede?	105
Considerações finais.....	111
Referências.....	117
ANEXO 1	132
APÊNDICE 1.....	137
APÊNDICE 2.....	138
APÊNDICE 3.....	140
APÊNDICE 4.....	141
APÊNDICE 5.....	142
APÊNDICE 6.....	143



Apresentação

Acredito que por volta do quinto período da graduação eu já tinha em mente um caminho, interesses e objetivos mais específicos a serem trilhados na psicologia. A partir do sexto e do sétimo períodos, iniciando os estágios e podendo realizar na prática de tudo aquilo que vinha me interessando, fui muito feliz ao conseguir estar nos locais que realmente faziam sentido para mim. Os locais em que escolhi estagiar tinham como usuários pessoas inseridas nas mais diversas vulnerabilidades e marcados por estigmas que os colocavam em situações de inferioridade social, econômica e, sobretudo, em diversos riscos ligados à saúde e à qualidade de vida. No segundo estágio tive a oportunidade de atuar em um CAPS, na rede de Saúde Mental. Este momento se tornou muito marcante para mim, pois além de ficar encantado com a proposta do trabalho desenvolvido, o sentido que se fez presente na prática profissional e a história da construção deste modelo de atenção, com um passado violento na atenção psiquiátrica, e hoje com uma proposta de atenção humanizada, foram determinantes para os caminhos que desde então segui. Poder atuar junto aos profissionais do CAPS, os usuários do serviço, realizar as muitas funções do profissional de Psicologia deste local, estar no território e poder vivenciar o contexto dos usuários, enriqueceram e ampliaram a minha percepção do trabalho em saúde mental que até então eu conhecia, porém pouco, mas já me interessava. Junto à prática surgia também, durante as discussões de supervisão do estágio, grande interesse em como foi construído todo este sistema de atendimento a este determinado público, as transformações e os avanços construídos durante anos, principalmente após a instauração do SUS nas políticas que regulamentavam as ações e serviços desta área.

Já durante o mestrado outros interesses foram se formando e consolidando, como o interesse na carreira acadêmica, pretendendo contribuir não apenas na formação profissional do psicólogo como também na construção de novas políticas públicas, fazeres e compreensões no



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



campo da saúde mental. Um dos primeiros trabalhos que pude desenvolver cientificamente, algo que fosse mais de encontro com os caminhos que tomei, buscando a prática nos meus estágios, foi o meu trabalho de conclusão de curso. Nele surge uma problemática que ficou muito evidente para mim durante o estágio no serviço de saúde mental: a (des) articulação entre os serviços de atenção primária e saúde mental. Dentre as propostas que surgiram durante os estudos para o TCC, a que mais me chamou a atenção para discussão desta problemática foi a estratégia do apoio matricial ou matriciamento em saúde mental. A partir deste estudo, o interesse em continuar pesquisando e estudando sobre este tema se fortaleceu, assim novas ideias surgiram e foram se desenhando, tomando forma e se tornando base de todo problema que busco discutir com a proposta desta dissertação.

Algum tempo já se passou desde o início do meu contato com a Psicologia, alguns interesses mudaram, outros prevaleceram, porém foi muito importante para mim, principalmente nos últimos períodos de graduação e no mestrado poder acompanhar e ser acompanhado por excelentes professores que, além de grandes conhecedores em suas áreas, são pessoas incríveis e sempre estavam disponíveis a qualquer hora para qualquer demanda.

Com este estudo pretendo contribuir para ampliar a visibilidade das políticas públicas em saúde, a necessidade de fortalecimento do SUS e a ampliação da atenção não apenas a públicos específicos e vulneráveis, mas da população como um todo. Neste intuito, o projeto de pesquisa que sustenta este texto, apresentado para a realização do exame de qualificação junto ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, tem como temática a articulação do cuidado na rede de atenção psicossocial, envolvendo os Centros de Atenção Psicossocial e os serviços de atenção primária na lógica da saúde da família, com especial interesse em conhecer as práticas de promoção da saúde mental dos usuários.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



De forma geral, busco neste texto apresentar no primeiro capítulo uma revisão da literatura referente ao processo de instauração do SUS juntamente às Reformas Sanitária e Psiquiátrica e algumas políticas de saúde que surgiram desde então, como o Programa/ Estratégia de Saúde da Família, a Política Nacional de Atenção Básica, a política de saúde mental com o surgimento dos CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ainda no capítulo 1 apresento de que modo ocorre a articulação do cuidado em saúde mental entre os serviços, o lugar ocupado pelos profissionais que desenvolvem ações nestes espaços e compõem estes serviços e a promoção de saúde mental. Por fim, destaco as justificativas, o problema ou pergunta que conduz esta pesquisa, e os objetivos gerais e específicos que norteiam o estudo. No segundo capítulo procuro discorrer sobre o percurso metodológico, abordando o tipo e local do estudo, quem foram os participantes, quais instrumentos foram utilizados e o procedimento aplicado na coleta/produção de dados, os aspectos éticos da pesquisa e procedimentos adotados para análise dos dados. No terceiro capítulo são apresentados e discutidos os resultados que emergiram da análise. Em seguida serão apresentadas as considerações finais com os principais achados do estudo, as dificuldades encontradas ao longo da pesquisa e algumas sugestões aos serviços. Na sequência foram listadas as referências usadas, os anexos e os apêndices.



Capítulo 1 - Revisão de literatura

O SUS – Sistema Único de Saúde – passou a vigorar no Brasil a partir da instituição da Constituição Federal de 1988 e da promulgação das Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990. A implementação deste sistema de saúde tinha como principal intenção melhor instrumentalizar os cuidados à saúde aos cidadãos brasileiros. Seus princípios se alicerçam no acesso universal, público e gratuito, bem como na integralidade e na equidade das ações, procurando atender a todos de acordo com suas necessidades específicas. Além disso, o SUS opera com base na descentralização, na regionalização e na hierarquização, com o intuito de viabilizar mais proximidade em relação aos usuários, e valoriza a participação popular e democrática na execução das políticas públicas de saúde por meio do controle social (Brasil, 2004).

Junto à instauração do SUS, ocorria também o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil fortalecido por diversas categorias de profissionais da saúde, em sua maioria psicólogos(as). A Reforma Psiquiátrica é um movimento relevante para se compreender as mudanças nos cuidados em saúde mental que, atualmente, não estão unicamente alocados no sistema hospitalar, tendo sido fortemente direcionados para serviços de base territorial e comunitária. O ponto de partida da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado a partir de 1978 e inspirado em experiências internacionais de desinstitucionalização. O MTSM passou a questionar o modelo asilar de tratamento oferecido até então como única opção às pessoas em sofrimento psíquico (Ferreira Neto, 2010). Além das reivindicações para melhores propostas de cuidado no campo da saúde mental, houve também críticas e denúncias direcionadas aos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados via INPS, que à época, como instituto de aposentadorias e pensões tinha também a responsabilidade por oferecer atenção à saúde aos contribuintes da previdência



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



social. Também foi essencial para a Reforma Psiquiátrica Brasileira a criação do primeiro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em março de 1986, na cidade de São Paulo, o qual atestou, gradualmente, um novo modelo de atenção e cuidado psicossocial no Brasil.

No contexto dos cuidados em saúde mental, os serviços substitutivos surgem como propostas inéditas e transformadoras e opções viáveis na redefinição da atenção psiquiátrica. No Brasil, os dispositivos preparados para pensar e atuar sobre as questões e atenção psicossocial são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). São instrumentos com potencialidade de reorganizar a rede de saúde e tratar não apenas o sofrimento psíquico, mas também garantir o direito de acesso e articulação aos demais serviços de níveis diferentes. Apesar de diversos avanços, os serviços substitutivos de atenção psicossocial, como os CAPS, continuam encarando dificuldades para avançar em relação à sua inclusão no espaço do território (Pinho, Hernández & Kantorski, 2010).

Porém, os serviços de saúde mental da mesma natureza que os CAPS, concebidos como substitutivos em relação aos hospitais psiquiátricos, foram regulamentados oficialmente apenas em 1992, por meio da Portaria GM 224/92, caracterizando-os como serviços de saúde abertos e comunitários regionalizados que atendiam determinada população adscrita e definida pelo nível local, oferecendo tratamento a transtornos mentais, reinserção social de seus usuários, exercício dos direitos e fortalecimento dos laços e que, dentro outros objetivos, visa promover ações intersetoriais e organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, bem como regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área (Brasil, 2004). Em 2000, uma nova portaria delinea o funcionamento dos CAPS (Portaria MS 336/2000), discriminando os serviços a partir do porte populacional do município e de diferentes clientela (infância e juventude, público adulto, público adulto em uso prejudicial de álcool e outras drogas). Foi apenas após todo esse período que a Reforma Psiquiátrica se traduziu em



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



legislação, em 2001, por meio da promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001, acompanhando a então recente ampliação, em nível nacional, de um outro serviço de base territorial e comunitária, o chamado Programa de Saúde da Família (PSF) (Ministério da Saúde, 2000), e que posteriormente seria transformado em Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2012). Neste momento, a chamada lei da saúde mental, 10216/2001, aponta para o cuidado preferencialmente em território para as pessoas em sofrimento psíquico, ficando a internação reservada para os casos nos quais os recursos comunitários – como os CAPS – já haviam sido acionados e não houve resolutividade.

De acordo com a Portaria 3.588 de 21 de Dezembro de 2017 do Ministério da Saúde, os CAPS são pontos de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial e surgem com o objetivo de reorganizar as demandas de saúde mental no território. São serviços abertos e formados por equipe multiprofissionais, com uma proposta de trabalho interdisciplinar às pessoas com sofrimento mental, inclusive aquele com necessidade advindas do uso e abuso de álcool e outras drogas, seja em situação de crise ou processo de reabilitação psicossocial que substituem o tratamento com modelo asilar e manicomial. Os CAPS podem ser classificados por especificidades do público atendido e número da população residente no município. Resumidamente, temos os CAPS I, os quais prestam atendimento para todas as idades decorrentes de demanda de crise grave e persistente, até mesmo por conta de substâncias psicoativas, se inserem num município a partir de 20 mil habitantes. Os CAPS II seguem a mesma proposta do CAPS I, entretanto para uma população com 70 mil habitantes ou mais. Já os CAPSi são voltados para atendimento à crianças e adolescentes em sofrimento ou transtorno psíquico, ou devido à uso de substâncias psicoativas, para cidades ou regiões com mais de 150 mil pessoas. Os CAPSad Álcool e outras Drogas seguem o mesmo formato do CAPSi e CAPS II em relação ao número de habitantes, porém presta atendimento especializado em transtornos



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



vivenciados a partir do uso de álcool e outras drogas. Os CAPS III prestam atendimento 24 horas por dia a todas as idades numa população de mais de 200 mil habitantes e possuem 5 vagas de acolhimento noturno. Os CAPSad III prestam atendimento 24 horas por dia, a todas as idades, para populações com mais de 200 mil habitantes que apresentam transtornos graves por conta do uso de álcool e outras drogas. Eles possuem também de 8 a 12 vagas para acolhimento noturno (Brasil, 2017). Recentemente, no ano de 2017, foi também divulgada a Portaria Nº3.588 que regulamentou a implementação dos CAPSad IV. Estes “novos CAPS” devem ser planejados e implementados em cidades com mais de 500 mil habitantes que apresentam cenas e locais de uso de álcool e outras drogas. Propõem como objetivos: prestar atendimento a pessoas de todas as idades com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; proporcionar atenção continuada; assistência a urgências e emergências; em regime de 24 horas de trabalho, incluindo domingos e feriados, contado com equipe multiprofissional e entre 8 a 10 leitos para cuidados em enfermaria (Brasil, 2017).

O perfil dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial podem variar de acordo com as demandas do usuário e o formato do serviço para seu público, como os CAPSi e os CAPSad, por exemplo. Trevisan e Castro (2017) destacaram em seu estudo que os CAPSad tem um público, geralmente, masculino, solteiro, sem ocupação ou trabalho, com uso prevalente de álcool; os CAPSi apresentaram um público com idade média de 9 a 11 anos, com ocorrência de transtornos de comportamento e emocionais; já os CAPS de tipo II ou III apresentaram um maior número de usuários do sexo feminino, com idades especialmente entre 28 e 43 anos, com prevalência de transtornos psicóticos. Paula (2010) mostra dados semelhantes nos quais os usuários possuem, geralmente, dos 26 aos 45 anos, com uma maior frequência de mulheres sendo atendidas pelos CAPS. Outros estudos evidenciam que os diagnósticos desses usuários



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



apresentam, geralmente, transtornos decorrentes de substâncias psicoativas (Pereira et al. 2012), também destacaram idades semelhantes à anterior, sendo a concentração de 21 a 50 anos (Macagnan, Menetrier & Bortoloti, 2014) e, ao contrário do que Paula (2010) aponta, os homens se mostraram como maioria nos Centros de Atenção Psicossocial (Pereira et al., 2012; Macagnan, Menetrier & Bortoloti, 2014).

Além das portarias mencionadas que deram suporte legal para o funcionamento dos CAPS, no ano de 2011 outra importante portaria foi implementada pelo Ministério da Saúde, desta vez visando integrar os serviços de abrangência em saúde mental. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi implementada no dia 23 de dezembro de 2011, através da Portaria MS nº3.088, instituindo uma rede de atenção psicossocial criadora, ampliadora e articuladora para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A partir da publicação desta portaria a tradicional divisão de “serviços de saúde” e “serviços de saúde mental” tende a se diluir, a ter suas fronteiras atenuadas de forma a se perceber que cuidado do usuário é feito pela rede e não por um ou outro serviço isoladamente. A RAPS apresenta como objetivos gerais: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção ao acesso à população adscrita e suas famílias aos pontos de atenção e garantia à integração e articulação da rede em seus pontos de acesso no território. Dentre os objetivos específicos da RAPS, pode-se destacar alguns, como a promoção de cuidados em saúde especialmente para os grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas), prevenção do consumo e dependência de drogas, promoção da reabilitação e da reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas e desenvolvimento de intervenções intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações da sociedade civil e governamentais (Brasil, 2011).



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Os dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial são, não apenas os equipamentos tradicionais da saúde mental, como os CAPS e os leitos hospitalares, mas uma diversidade de serviços desde a atenção primária até equipamentos de desinstitucionalização e com foco na convivência e cultura. Integram a RAPS, no momento de sua criação, serviços nos seguintes níveis (Brasil, 2012): (1) a Atenção Básica (UBS, NASF-AB, Consultório de Rua, Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura), a Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS – nas suas diferentes modalidades); (2) Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, pronto socorro e UBS); (3) Atenção Residencial em Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial); (4) Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral e Serviço Hospitalar de Referência – SHR – para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); (5) Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT – e Programa de Volta para Casa – PVC) e, por último, (6) Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais). No ano de 2017, por meio a Portaria MS 3588, desafortunadamente e na contração dos princípios do movimento de Reforma Psiquiátrica, foram introduzidos na RAPS como serviços de atenção à saúde mental Hospital Psiquiátrico Especializado, Unidades Ambulatoriais Especializadas e Unidades Ambulatoriais Especializadas, além do CAPS IV. A presença do hospital especializado em Psiquiatria na RAPS destoa dos cuidados realizados em territórios que devem ser sempre priorizados como define a lei 102016. Como apontado anteriormente, o cuidado em contexto comunitário tornou-se um ponto central no campo da saúde mental a partir da lei 10216/2001. Essa compreensão sobre o cuidado em saúde mental vai sendo deslocado,



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



portanto, do hospital para os serviços de base territoriais, como os CAPS e as equipes de saúde da família, articulados aos demais pontos de cuidado do setor saúde, e também outros serviços, em lógica intersetorial, sem a qual a integralidade, tão cara ao SUS, não se faz possível ser construída.

A partir das obras e discussões de alguns autores como Sack (1986), Raffestin (1993), Souza (1995) e Kastrup (2001), Gondim e Monken (2009) é importante destacar as noções de território, territorialidade e territorialização. A compreensão de território e outros termos como territorialidade e territorialização, por exemplo, podem ser trabalhadas por diferentes perspectivas. De modo geral, as noções de território podem apresentar como marca as relações de poder, estabelecendo divisas, não apenas pelo espaço físico, mas pelas conexões e elos sociais formados nesse espaço ou locais com limites marcados onde a população circula, trabalha, vive, permeados pela relação de poder e troca de informações. Ainda quando falamos de noções de território podemos atribuir a ideia de uma organização estratégica dos indivíduos ou grupos com o objetivo de controle de recursos e pessoas, influência de áreas de indivíduos, sendo resultado de relações culturais, políticas e econômicas, assumindo variadas formas. Enquanto isso o conceito de territorialização aparece para alguns autores como um desenvolvimento, um processo de habitar um espaço.

No trabalho e nos serviços de saúde mental o termo território torna-se relevante a partir da Reforma Psiquiátrica, na contraposição aos serviços de saúde de caráter manicomial e hospitais psiquiátricos. Embora o conceito de território não tenha se fortalecido conceitualmente junto às implicações políticas e sociais na área da saúde, o território no contexto da saúde mental assume o espaço físico e social como potencializador do processo de reabilitação psicossocial e a reinserção social daqueles com sofrimento psíquico e transtorno mental (Furtado et al., 2016). No mesmo sentido, Silva e Pinho (2015) pontuam que:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Pensar no território e numa rede para fora dos serviços é criar meios para desinstitucionalizar o cuidado às pessoas, reconhecendo suas singularidades e complexidades, pois, nesse contexto, está inserida a existência das diversidades e heterogeneidades dos sujeitos. Cada sujeito possui um território, carregado de história, relações de poder, relações sociais, formas de organização e economia. O território é autônomo e possui movimento, marcado por transformações advindas dessa organização histórica e social das populações (p. 423).

É no território que se desenvolvem as relações entre sujeitos e instituições, as quais podem ser geradoras de sofrimentos e demandarem cuidado. A partir dos dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2003), por volta de 20% da população brasileira precisaria de alguma atenção ou cuidado na área da saúde mental, sendo que 3% destes necessitariam de cuidados contínuos devido a transtornos severos e persistentes, 9% eventualmente apresentariam demanda, sendo transtornos menos graves, e 8% da população necessitariam de atendimento regular devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esses números apontam que a população que necessita de algum tipo de cuidado em saúde mental não deve ser unicamente assistida pelos CAPS, o que dialoga com a proposta da RAPS. Assim, desde a existência de transtornos menos severos até os transtornos mais graves, ou pela necessidade de se refletir sobre os cuidados para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, os profissionais de saúde são colocados frente ao enorme desafio de articular o cuidado necessário e personalizado, isto é, elaborado de forma singular para cada usuário e seu grupo familiar por meio dos projetos terapêuticos. A articulação deste cuidado hoje, não é mais exclusividade de um ou outro serviço, como já destacado anteriormente, mas é construído de forma coletiva por equipes componentes da RAPS



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



juntamente ao usuário e família, acionando recursos do território e possíveis redes de suporte do usuário.

As transformações ocorridas na oferta de serviços e ações em saúde mental nos equipamentos do SUS, especialmente a partir da década de 1990, ampliaram o público-alvo desses serviços ou o alcance dos cuidados, mas também alteraram o cotidiano de equipes e profissionais, dentre eles os profissionais de Psicologia. Para Dimenstein e Macedo (2012), a partir das transformações na assistência à saúde pela implementação do SUS, mais especificadamente às questões referentes à saúde mental, os psicólogos(as), na medida em que possuíam mais acesso às ferramentas teóricas e práticas que se configuraram de grande utilidade nas intervenções de situações de saúde mental, foram se consolidando cada vez mais como profissionais aptos a contribuir na promoção de saúde mental. Ainda que sua presença não seja obrigatória junto aos CAPS e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a literatura destaca como um profissional sempre presente nessas equipes. Em estudo recente, Mühl (2015) apresentou uma gama de ações realizadas pelos psicólogos(as) que atuavam na rede de atenção psicossocial de determinada região do Brasil. Após a análise e categorização das falas dos psicólogos(as) entrevistados, Mühl (2015) observou como funções referentes aos profissionais de Psicologia da RAPS as seguintes ações, conforme Quadro 1:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Atividades desenvolvidas pelos psicólogos na Rede de Atenção Psicossocial

Práticas profissionais dos psicólogos que atuam na RAPS	
Fazer Clínico	Acolhimento
	Atendimento individual
	Atendimento em grupo
	Atuação como profissional de referência
	Avaliação
	Elaboração do Projeto Terapêutico Individual
	Especialização
	Preparação para a alta
	Orientações
	Reunião com os familiares
	Reunião de equipe
	Visita domiciliar
Fazer Burocrático	Devolutivas aos serviços da RAPS
	Elaboração de projetos
	Organização de eventos
	Responder ofícios e documentos a outros órgãos
Fazer Político	Comunicação com a Gestão
	Organização de Conselhos e Comitês
	Participação em Conselhos e Comitês
	Reuniões de orientação em outros serviços

Quadro 1 – Ações desenvolvidas por psicólogos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial
(Fonte: Mühl, 2015, p. 64)

1.1 O cuidado em saúde mental no território e a atenção primária

Conforme pontua a Secretaria de Políticas de Saúde (Ministério da Saúde, 2000), os Programas de Saúde da Família surgiram em 1994 enquanto estratégia setorial objetivando reorientar o modelo assistencial brasileiro no âmbito da atenção primária como resposta à antiga conjuntura. A estratégia visava reorganizar a atenção básica/primária como eixo principal de organização do modelo assistencial, propondo uma nova concepção de atenção à saúde voltada para a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocariam em risco, e não mais voltada para a doença. Além de caracterizar-se pelos princípios propostos pelo SUS e estruturar-se na lógica básica de atenção à saúde, propiciando novas ações e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde, o programa



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



apresentava também como um dos principais objetivos a geração de novas práticas de saúde com integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Na década de 2000, a denominação passou a ser Estratégia de Saúde da Família e, sob essa perspectiva, a unidade básica de saúde destacou-se como a porta de entrada ao sistema local de saúde, juntamente à compreensão de que mudanças no modelo tradicional de atenção exigem a integração de outros níveis de atenção para o cuidado integral da população. Vale destacar aqui que no Brasil, como aponta Giovanella (2018), as diferenciações nos termos atenção primária e atenção básica podem indicar não só a noção de políticas distintas como também comprometer a garantia de acesso à saúde. Ainda de acordo com a autora, a compreensão do termo “atenção básica à saúde” escapa de noções hegemônicas e reducionistas presentes na ideia de “atenção primária à saúde”.

Posteriormente à instauração da Estratégia da Saúde da Família, foi implementada em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, com a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria definiu a organização da RAS – Rede de Atenção à Saúde – como estratégica para o cuidado integral e voltado às necessidades de saúde da população. Os serviços de atenção primária são considerados a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Conforme a legislação, a atenção básica caracteriza-se por meio de um conjunto de ações que permeiam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, dentre outros, objetivando propiciar uma atenção integral em saúde. (Brasil, 2012).

Como apontado acima, uma das ações sob responsabilidade da atenção básica é a promoção de saúde. Em consonância com os princípios e as outras políticas do SUS, em especial as de saúde, foi promulgada em 2006 a Política de Promoção de Saúde por meio da Portaria nº 687. Após sua revisão, em 2014, a política passou a vigorar através da Portaria



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



2.446 de 11 de novembro deste mesmo ano. Compreendeu-se, a partir desta portaria, que a promoção de saúde se configura como uma estratégia, um modo de agir e refletir de forma conjunta às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no SUS, contribuindo para a construção de ações junto às necessidades sociais em saúde, enfocando aspectos determinantes no processo de saúde-adoecimento no Brasil. A Política Nacional de Promoção da Saúde foi proposta pelo Ministério da Saúde partindo do enfrentamento dos desafios de produção da saúde em um contexto sócio-histórico complexo, exigindo não só reflexão, mas também qualificação continuada das práticas sanitárias, bem como do sistema de saúde em sua integralidade. Dessa forma, entende-se como promoção da saúde não como uma atribuição dos serviços de atenção primária, e sim como uma estratégia articulada transversalmente, de forma integrada e intersetorial das diversas áreas do setor sanitário, na qual consideram-se os fatores que colocam em risco a saúde da população em suas diferentes necessidades, territórios e culturas buscando a confecção de dispositivos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendendo a equidade das ações de saúde (Brasil, 2006).

1.2 Cuidado em saúde mental e os desafios para sua articulação em rede

Como um dos principais articuladores da rede de Saúde Mental, a Estratégia de Saúde da Família se apresenta, neste cenário, enquanto potência para superar o modelo asilar de cuidado, focando a atenção não apenas na doença, mas também na família e no indivíduo, desenvolvendo ações que, para além do tratar, incluam a prevenção e promoção da saúde mental. Tendo como abordagens efetivas aos problemas de saúde mental pela equipe de atenção básica a escuta qualificada, por meio do acolhimento, e outras intervenções deste nível de atenção (tais como visitas domiciliares, consultas compartilhadas, discussão de caso,



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



organização de intervenções grupais), considera-se que suas ações capazes de gerar e provocar competências na articulação de recursos intersetoriais e comunitários, como também o conhecimento do contexto sociocultural e dos recursos da família e comunidade, necessários para o enfrentamento dos problemas da ordem dos transtornos mentais (Gonzalez, 2015).

Campos e Gama (2008) destacam que o despreparo profissional, as condições de trabalho desfavorecedoras, a falta de investimento pelos gestores e outros motivos, resultam na medicalização do sofrimento uma vez que essas condições não possibilitam que os casos de saúde mental encontrem uma escuta qualificada. Gonçalves et al. (2013) abordam que existe necessidade de uma política pública que proponha uma definição de estratégias na promoção em saúde mental na atenção primária, buscando favorecer a consolidação da proposta de educação permanente na área da saúde mental, valorização dos profissionais de saúde que atuam junto aos portadores de transtornos mentais, promovendo sua formação para atuação nos serviços primários. Estes mesmos autores levantam alguns desafios intersetoriais na redefinição das práticas de promoção de saúde mental, como na importância de não se atuar apenas no objetivo desmedicalização, mas reorientando nas práticas de saúde, em especial, aquelas que buscam o desenvolvimento de redes sociais. Neste contexto, promoção de saúde e reabilitação psicossocial são conceitos importantes para a construção do cuidado em saúde mental. O primeiro já foi anteriormente apontado e quanto à reabilitação psicossocial, de acordo com Jorge et al. (2006), seria um composto de ações que permitem capacitar o oferecimento de condições ampliadas na recuperação dos indivíduos e dos recursos individuais, comunitários e familiares com a intenção de neutralizar os efeitos cronicadores. Em outras palavras, os autores aproximam a reabilitação psicossocial ao auxílio às pessoas em sofrimento psíquico no sentido de sobressair às suas limitações e incapacidades, bem como promover o cuidado desta população, restituindo/construindo a autonomia, identidade pessoal e



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



social, e autoestima. No mesmo sentido, Caçapava, Colvero e Pereira (2009) apresentaram em seu estudo a estratégia de um dispositivo caracterizado como Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), que desenvolveu ações de promoção de saúde em parceria com o CAPS do território por meio de atividades conjuntas nos espaços de lazer e esporte, cultura, convivência, oficinas. O dispositivo buscou, por meio desta estratégia, contatar o usuário de CAPS que estava reestruturando-se de uma crise, possibilitando que ele já pudesse ser inserido nas atividades do serviço. Por encontrar-se no mesmo local de uma UBS, o serviço propiciava, além das experiências de acolhimento à pessoa em sofrimento psíquico, ações interdisciplinares em saúde, pois envolvia os profissionais dos três serviços citados (CAPS – CECCO – UBS), superando o modelo biomédico, sinalizando um indicativo de uma prática voltada à promoção da saúde. Além do mais, os autores reforçaram a intersetorialidade como um mecanismo primordial na operacionalização e construção de uma rede de atenção de base comunitária em saúde mental, bem como o reconhecimento das várias faces dos determinantes do processo saúde-doença mental. Outro aspecto verificado pelos autores foi referente à integração de forma articulada das políticas de saúde mental e de promoção de saúde, as quais possibilitam a produção de potenciais ao fortalecimento da saúde integral do usuário. Escudeiro e Souza (2009) constataram também em seu estudo que com a implementação da rede de atenção em saúde mental no município da pesquisa possibilitou de forma drástica a redução das internações hospitalares, bem como colocou em práticas políticas públicas de caráter comunitário, fundamentado pelo respeito à lógica territorial e as diretrizes propostas pelo SUS.

Gonçalves et al. (2013) abordam que existe a necessidade de uma política pública que proponha uma definição de estratégias na promoção em saúde mental na atenção primária, buscando favorecer a consolidação da proposta de educação permanente na área da saúde



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



mental, valorização dos profissionais de saúde que atuam junto aos portadores de transtornos mentais, promovendo sua formação para atuação nos serviços primários. Estes mesmos autores levantaram alguns desafios intersetoriais na redefinição das práticas de promoção de saúde mental, como na importância de não se atuar apenas no objetivo desmedicalização, mas reorientando nas práticas de saúde, em especial, aquelas que buscam o desenvolvimento de redes sociais.

1.3 Equipes de saúde da família e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família: Atenção Básica na construção de ações de cuidado e promoção em saúde mental no território

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017) caracteriza a atenção básica a partir de uma proposta de estratégica de ações voltadas a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, cuidado, dentre alguns outros. Mesmo que a perspectiva da promoção da saúde já venha se transformando desde o século XX, no Brasil, seguindo os princípios do SUS e concepções mais modernas do conceito de promoção da saúde, é lançada em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), atualmente regulamentada pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Política destaca a importância de ações com que buscam direcionamento a concepções integrativas, multidisciplinares, utilizando maneiras de se produzir saúde individual e coletiva, com a participação de diversos atores, utilizando ferramentas e outras políticas para a redução de vulnerabilidades e riscos. De maneira geral, a política é uma estratégia que propõe articulação direta com entre diversos setores sanitários, desenvolvendo práticas territoriais que coloquem enfoque nos riscos à saúde e promovam ações que diminuam situações de vulnerabilidade (Brasil, 2006).

Junto aos serviços da Atenção Básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se configuram como fundamentais para o cuidado em saúde mental buscando, através dos



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



mesmos princípios da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, desenvolver ações e estratégias integrativas que, dente elas, possibilitem a promoção da saúde nesse contexto específico. Os Centros de Atenção Psicossocial possuem papel fundamental no arranjo de serviços de saúde, principalmente junto às equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, com a proposta de promoção de vida, protagonismo e autonomia de seus usuários a partir de dispositivos como a perspectiva da promoção da saúde e reabilitação psicossocial (Brasil, 2004).

As equipes mínimas de saúde da família, compostas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podem atuar nesta configuração ou com o acréscimo de uma equipe de saúde bucal. A recente Portaria que organiza a Atenção Primária em Saúde no Brasil (Brasil, 2017) acresce ainda a possibilidade de um agente de combate à epidemias ou agente social nesta equipe mínima e altera a denominação do NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) vem se mostrando fundamental nas ações de integração da comunidade com os serviços da Atenção Primária, desenvolvendo ações de vigilância e promoção de saúde para uma melhor qualidade de vida no território (Brasil, 2009). Dentre as atribuições do ACS, o Ministério da Saúde (2012) pontua oito principais funções: (1) Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; (2) Cadastrar as famílias e manter os cadastros atualizados; (3) Orientar as famílias sobre os serviços da unidade de saúde; (4) Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; (5) Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; (6)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; (7) Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e (8) Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

As funções atribuídas aos ACS revelam o quanto são atores relevantes para o cuidado na atenção primária, adentrando as residências para conhecer quem são as pessoas que residem em sua microárea, seu histórico de saúde e suas necessidades atuais, dentre elas no campo da saúde mental. No mesmo sentido, Silva Junior et al. (2016) apontam que o ACS é uma peça importante na continuidade das ações da ESF por se encontrar em mais contato com a população. Saliem também sobre o despreparo, a precariedade e a falta de qualificação dos agentes e como isso tem se tornado uma barreira na assistência ao usuário de saúde mental, ao mesmo passo que o ACS é um personagem estratégico na reorientação da atenção primária, criando vínculos efetivos com o território e comunidade, atuando com o saber popular e científico buscando facilitar a implantação e andamento das estratégias de saúde mental na atenção primária. Ainda assim, mesmo com a compreensão do Ministério da Saúde de que o processo de capacitação e educação dos ACS deva ser permanente (Brasil, 2009), Waidman,



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Costa e Paiano (2012) destacam que os agentes que participaram de seu estudo desconheciam ou não entendiam a sua função, principalmente a de intervir nas relações familiares. Ainda que o ACS esteja mais próximo da família, necessita ter sensibilidade ao praticar esta intervenção ao mesmo passo em que busque maior preparo para a abordagem, qualificação que, desmistifiquem estigmas e preconceitos da saúde mental, para assim contribuir de forma efetiva na atenção e cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

Além do psicólogo, o enfermeiro também cumpre papel de destaque nas ações propostas pela Política de Saúde Mental inseridas na Rede de Atenção Psicossocial. Caixeta, Vianey, Esperedião, Silva e Dias (2015) pontuam algumas atribuições ao enfermeiro nas ações em saúde mental, como o acolhimento, utilizando uma escuta diferenciada, possibilitando a reflexão de sentimentos, observando sinais e condições psíquicas e sociais, buscando estabelecimento de vínculo; construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), no qual ocorre coleta das informações do paciente, diagnóstico e planejamento de enfermagem, implementação das ações e avaliação de enfermagem; realização de visitas domiciliares com o objeto de estreitar o vínculo, compreender a dinâmica de vida do usuário e sua família e continuidade ao tratamento após alta do serviço; atenção à família como unidade de cuidado, pois esta se constitui como fundamental na resolução dos problemas, orientando e instrumentalizando a família para o cuidado ao seu familiar; participar das ações de matriciamento; realizar registros das ações desenvolvidas; realizar ações educativas; realizar ações assistenciais e realizar ações de cunho gerenciais/administrativas.

Por fim, é preciso delimitar o papel das equipes que constituem os Núcleo de Apoio da Saúde da Família – Atenção Básica. A partir de 2008 foram criados com a denominação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no intuito de oferecer suporte à equipe mínima da ESF e, a partir disso, ampliar a resolubilidade da atenção primária. Diversos profissionais



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



podem compor um NASF-AB, como médicos acupunturista e pediatra, assistente social, educador físico, nutricionista e psicólogo (Panizzi, Lacerda, Natal & Franco, 2017; Brasil, 2017).

Os NASF-AB apresentam duas configurações que variam em número de equipes apoiadas e número de profissionais que atuarão na equipe do NASF-AB. O NASF-AB 1 atua com no mínimo cinco profissionais, sendo eles assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico, farmacêutico, além de médicos; acupunturista, ginecologista, homeopata, pediatra, psiquiatra, apoiando até oito equipes de ESF, enquanto o NASF-AB 2 atua com três profissionais de formações diferentes e desenvolvem ações junto a pelo menos três equipes de ESF (BRASIL, 2008). As equipes de NASF-AB mostram-se fundamentais na construção de novas ações em saúde e resolubilidade da atenção básica por meio do trabalho conjunto à rede de serviços e comunidade inserida. A equipe multidisciplinar propicia e consolida ações integrais e a corresponsabilização entre os serviços de referência e os serviços especializados (Delfini, Sato, Antoneli & Guimarães, 2009).

Os profissionais que compõem um NASF-AB devem somar ao perfil da equipe mínima e suas especialidades devem permitir a implementação de cuidados de acordo com o perfil da população assistida pela equipe mínima no território. Portanto, se um município tem dois NASF-AB, diferentes categorias profissionais poderiam integrar cada um deles, considerando-se o perfil populacional. Um NASF-AB oferece suporte a uma ou mais equipes de saúde da família, conforme disposto na Portaria da Atenção Básica (Brasil, 2017), e suas ações podem envolver o apoio matricial (discussão de casos com a equipe mínima, consultas conjuntas, visitas domiciliares conjuntas, planejamento e implementação de ações de cuidado, educação permanente em saúde) e também atendimentos realizados unicamente pelos especialistas do



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



NASF-AB (Brasil, 2008, 2017). Essa lista de ações que podem ser desenvolvidas por uma equipe NASF-AB envolve suporte profissional e pedagógico às equipes de referência da Saúde da Família, direcionado ao cuidado da população adscrita, e deve ser desenvolvida na lógica territorial e intersetorial, com conhecimento dos aspectos socioculturais e dos recursos já existentes no local e disponíveis à população. No apoio matricial em saúde mental, um profissional que é frequente nas equipes NASF-AB é o psicólogo (Leite, Andrade & Bosi, 2013). Ele deve atuar, com a equipe que integra, na construção de um cuidado interdisciplinar.

Entretanto, mesmo nos valendo das competências do NASF-AB na organização e construção de ações e da atenção e cuidado em saúde junto à atenção básica a partir das Portarias que regulamentam a atenção básica, não fica claro na mais recente Portaria que visa estabelecer novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (<http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>, recuperado em 20 de janeiro de 2020) como fica o trabalho e a manutenção do trabalho dos profissionais do NASF-AB uma vez que ele é mencionado, mas sem as formas de custeio.

1.4 As relações de cuidado e o “cuidar” na saúde na promoção, na prevenção e no tratamento

O conceito de promoção da saúde surge no início do século XX propondo ações educativas na produção de saúde e busca de melhoria na qualidade de vida da população (Demarzo, 2008 *apud* Demarzo, 2011), tomando forma e desenho durante o pós-guerra, ligado às concepções da medicina preventiva, sendo entendido neste momento como ações diversificadas elaboradas enquanto prevenção primária (Leavell & Clark, 1987 *apud* Teixeira,



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



2006). A partir da década de 1970 as concepções de promoção da saúde continuaram se transformando a partir de eventos que marcaram esses processos de mudança, como em 1974 com o Relatório de Lalonde, focando nos modos de viver dos variados grupos, seus riscos e comportamentos, com a ideia de que a promoção da saúde era de responsabilidade individual de cada um, sendo atingida a partir de hábitos saudáveis (Teixeira, 2006), como também em 1986 com a elaboração da Carta de Ottawa para Promoção da Saúde a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde foram discutidas concepções mais amplas de saúde e pensados a partir de determinantes sociais (Westphal, 2012).

Concepções mais modernas de promoção da saúde a relacionam como forma de fortalecer e capacitar indivíduos e comunidade, atuando sobre os determinantes do processo de saúde e adoecimento, propondo uma definição de políticas públicas e organização intersetorial dos serviços do território na inclusão de ações na comunidade (Demarzo, 2008 *apud* Demarzo, 2011). É também com esta concepção mais moderna de promoção da saúde que surge a discussão de fatores importantes que valem consideração, como a multicausalidade do processo de saúde e adoecimento, a equidade e o acesso universal às ações de saúde, a intersetorialidade, a participação social e a sustentabilidade das ações (Westphal, 2012). Esses novos elementos contribuem para a renovação das ideias sanitaristas, em contraposição aos modelos hospitalocêntricos, biomédicos e curativos (Rabello, 2010).

É importante destacar também algumas diferenças que sobre a concepção de promoção da saúde que, por vezes, se confunde com as concepções de prevenção em saúde. Enquanto a promoção da saúde busca potencializar a saúde e o bem-estar, possibilitando transformações nos modos de vida e seus condicionantes, beneficiando populações em contextos gerais e propiciando acesso a opções saudáveis, a prevenção em saúde opera com objetivo de assegurar proteção a doenças específicas buscando redução da ocorrência e prevalência delas na



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



população. A promoção de saúde, nesse sentido, toma uma forma multidimensional em relação ao entendimento sobre saúde, fomentando a participação de diversos setores, tomando a população e o ambiente como alvo de suas intervenções. A prevenção, em contrapartida, opera em uma lógica que enfatiza a noção de saúde a partir da ausência de doença, o que leva à prática de ações direcionadas apenas aos profissionais de saúde, principalmente os especialistas, com intervenções voltadas especialmente aos grupos de risco (Demarzo, 2011).

Apesar das alterações nos conceitos de promoção e prevenção, percebe-se que muitos profissionais de saúde permanecem presos a concepções mais antigas e, conseqüentemente, à ações ligadas à promoção e prevenção (Westphal, 2012). Dessa forma, perpetuar a apropriação das ideias mais recentes sobre promoção da saúde faz com que se retome os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, elaborando novas ofertas de cuidado e superando as propostas medicalizantes no contexto da saúde (Teixeira, 2006).

Na saúde mental, podemos projetar uma ideia de promoção da saúde que extrapole as lógicas biomédicas curativas e, traçando planos terapêuticos que promovam a vida, não fiquem direcionados apenas a redução e eliminação de sintomas psiquiátricos (Rabello, 2010). Além disso assumir a Rede de Atenção Psicossocial como ponto integral de cuidado, derrubando a lógica dicotomizante que separa as pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental entre serviço, dando destaque ao cuidado compartilhado.

Seguindo essa lógica, além da promoção e da prevenção, ainda é necessário discutir como essas práticas e conceitos implicam no processo de tratamento e reabilitação psicossocial. Ainda que as formas de tratamento, no caso da saúde mental, ainda permaneçam direcionadas à prática da medicalização, centradas na doença e na cura, são fundamentais ações que propiciem a elaboração de novos sentidos e maneiras de se produzir ampliação das relações sociais e de lidar com o sofrimento psíquico (Gama, Campos & Ferrer, 2014), além de



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



buscar opções de tratamento e acompanhamento que derrubem os muros institucionais, as barreiras setoriais e os desafios de atuação em rede.

Serão abordados aqui também alguns aspectos fundamentais para a compreensão do conceito de cuidado e realização da produção do cuidado no sistema de saúde público, as linhas e tecnologias de cuidado e trabalho em saúde que se reproduzem a partir de suas perspectivas, as macro e micropolíticas que gerenciam a produção desse cuidado, como também a forma com que o cuidado vem sendo praticado na atenção básica. As ideias, conceitos e pontos de vista utilizados serão dos professores Emerson Elias Merhy, médico sanitário e professor doutor titular do curso de Saúde Coletiva da UFRJ, Túlio Batista Franco, psicólogo e professor doutor no Instituto de Saúde Coletiva da UFF e Luis Carlos de Oliveira Cecílio, médico e professor doutor no Departamento de Medicina Preventiva da USP.

Podemos perceber ainda hoje no cenário da saúde brasileira certa predominância de formas de produção de saúde pautadas, por exemplo, na utilização de maquinários complexos e instrumentos tecnológicos de avaliação clínicas quais são denominadas pelos autores citados anteriormente como tecnologias duras. Outras formas que estes autores também discutem são as tecnologias leve-duras, que se caracterizam pelo uso do conhecimento técnico do profissional de saúde aliado ao recurso tecnológico na produção da saúde, e as tecnologias leves que se destacam por estarem focadas no campo relacional para a produção do cuidado. Portanto, além do lugar dos instrumentos e conhecimentos técnicos (tecnologias duras e leve-duras), existe também o lugar da dimensão relacional como essencial para a produção do cuidado (tecnologias leves). Destaca-se essa dimensão, pois se assume que o trabalho em saúde é sempre relacional. Essa característica relaciona-se a um “trabalho vivo” em ato, ou seja, o trabalho se dá no instante em que é produzido e a partir das relações que se estabelecem no trabalho em ato, na realização da produção do cuidado. Para que ocorra mudança no modelo



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



assistencial em saúde é necessário um processo de trabalho que esteja centrado nas tecnologias leve e leve-duras como condutoras e produtoras do cuidado (Malta & Merhy, 2010).

Se há um “trabalho vivo” defendido por Merhy na área da saúde, há também realização do “trabalho morto” no processo de produção de saúde/cuidado. O trabalho morto é aquele centrado no uso de máquinas e instrumentos de trabalho, arranjados para confeccionar produtos de saúde já determinados, enquanto o trabalho vivo, trabalho em ato, se realiza no instante da prática do profissional, isto é, é de manejo do próprio trabalhador, dispendo de liberdade e criatividade na realização das ações e práticas durante a produção do cuidado. Nos casos em que se observam as tendências da composição técnica do trabalho voltadas ao “trabalho morto”, opera-se processos de trabalho fundamentados nas normas de funcionamento das equipes de saúde, moldes rígidos e protocolares, liberdade limitada e o cuidado estabelecido por métodos engessados. Em contrapartida, se temos uma composição técnica do trabalho centrado no “trabalho vivo”, há possibilidade de execuções criativas para o cuidado em saúde, desenvolvimento dos fatores relacionais do trabalho, buscando direcionamento do trabalho no sentido do acolhimento, estabelecimento de vínculo, da liberdade e assistência aos projetos terapêuticos (aspectos sujeitos às tecnologias leves) se apresentam como peças importantes a se consolidarem como proposta de mudança sistemática na produção do cuidado. Além do mais, o “trabalho vivo” também pode se qualificar como ferramenta formativa de rede e fluxos que cartografam o interior dos processos de trabalho como um mapa disposto de variadas conexões que perpassam por diversos territórios e serviços, adotando características múltiplas e heterogêneas com capacidade de operar no mais alto grau de criatividade (Franco & Merhy, 2012, Merhy & Franco, 2003). Nos serviços e equipes de saúde, como os CAPS, as Unidades Básicas de Saúde da Família e no trabalho das equipes de NASF-AB, fica evidente a importância do trabalho vivo como modo de cuidar e relacionar com os usuários de saúde.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Assim, o trabalho vivo como proposto acima, pontua um trabalho em saúde, pelos serviços e profissionais, por meio da relação e do ato de cuidar, atuando com liberdade, controlando o seu processo de trabalho por meio da criatividade e inventividade na produção da saúde e do cuidado (Franco & Merhy, 2012).

Para se propor uma mudança e novos modelos assistenciais, pautados por diretivas como a integralidade do cuidado, é importante que a discussão percorra desde a sua micropolítica, detalhamento de bases teóricas, o processo de trabalho, até o entendimento da organização assistencial de saúde. No setor da saúde persistem ainda marcantes as discussões que dividem ou colocam em comparação as macro e micropolíticas, colocando a cargo da macropolítica a responsabilidade do desenvolvimento e produção das políticas de saúde. São duas formas de refletir sobre a realidade, propondo, cada um, seus modos de funcionamento, sem que um seja oposto ao outro. A macropolítica é compreendida, tradicionalmente, como uma área favorecida de investigação que se realizam as mudanças estruturais de ordem política, econômica e social, enquanto que a micropolítica é compreendida como área responsável pelas questões do dia-a-dia, ou relacionadas à competência individual/subjetiva (Neves & Heckert, 2010).

Dessa forma, se a produção da saúde e o cuidado são desenvolvidos conforme as micropolíticas organizacionais de saúde, os usuários devem ser as peças principais dentro da micropolítica das organizações de saúde. Entende-se a micropolítica como um composto relacional entre os vários atores organizacionais, construindo uma rede móvel, complexa, mutante, porém fundamentada para implementar certa “realidade organizacional”. Os sujeitos, ou atores, carregam consigo valores, interesses, projetos e sentidos para o campo de trabalho em saúde, campo este que é atravessado por disputas, acordos, coalisões, afetos. Neste sentido é possível desenhar uma linha de cuidado também voltada ao campo da gestão (macropolítica)



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



enquanto articuladora de intervenções, de medidas de regulação e legislação, tecnologias e aparatos qualificados a irem ao encontro do processo saúde-doença. As dimensões macro e micropolítica se esbarram e se colaboram uma vez que a adoção das linhas de cuidado como instituidor do trabalho em saúde propõe que as equipes de saúde se vinculem, e vice-versa, com a população da região de saúde que produzem suas práticas, o território (Cecílio, 2007, Cecílio, 2011; Malta & Merhy, 2010).

Os mapas de cuidado dos usuários, pensados como estratégia de gestão mútua entre diversos serviços, ainda não possuem valorização ou reconhecimento na atual organização e funcionamento do sistema forma de saúde. Os mapas de cuidado se diferem dos itinerários terapêuticos pois são configurados como ferramentas com potencial de agregar gerência ao cuidado dos usuários, propondo um mecanismo de desdobramento de estratégias entre equipe e usuários e negociação terapêutica. O mapa propõe “pontos” estáveis de cuidado ao qual o usuário possa contar de acordo com suas diversas necessidades em momentos diferentes da vida. Além disso o mapa do cuidado pode apresentar pontos de acesso, como um profissional ou serviço ao qual o usuário estabelece maior vínculo, tornando-se uma referência dentro do sistema de saúde e do mapa do cuidado do usuário. Cada um desses pontos de acesso, ou “estações”, podem ser caracterizados como equipamentos fundamentais para assegurar a integralidade do cuidado ao usuário. Com capacidade de negociar, dialogar entre técnica e política, a proposta e direcionamento de construção de uma linha de cuidado movimenta todos os atores dos setores e níveis assistenciais no caminho de um acordo que garanta disponibilidade de recursos que alimentem a linha de cuidado; fluxos assistenciais focados no usuário, propiciando seu “caminhar na rede”; ferramentas que garantam uma referência sólida aos vários níveis de complexidade da atenção; garantia da contra-referência para a ESF’s na Unidade Básica, onde devem se vincular e acompanhar os usuários da rede; equipe da Unidade



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Básica responsável pela gestão do protejo terapêutico que será implementado na linha de cuidado do usuário; gestão colegiada no controle dos recursos assistenciais e buscar garantir a intersetorialidade como política que fundamente as intervenções na questão dos processos de saúde e doença (Meneses et. al, 2017; Malta & Merhy, 2010).

No mesmo sentido, partindo das redes macro e microinstitucionais, as linhas de cuidado compreendem a produção da saúde de forma sistematizada, em etapas arrojadas, ligada à figura da *linha de produção* centrada no fluxo assistencial do usuário e seu campo de necessidades. A linha de cuidado se alimenta de material que se relacionem às tecnologias a serem consumidas pelo usuário por todo acompanhamento, operando de forma sistematizada e entre vários serviços. Desde o momento da entrada no serviço, um trajeto surge a partir das necessidades do usuário, indo dos serviços básicos de apoio até os especializados e mais complexos. Para se aderir às linhas de cuidado como organizadoras do funcionamento do trabalho em saúde é necessário a territorialização do cuidado, ou seja, aproximação das equipes de saúde junto a população da região atendida. A investigação das linhas de cuidado proporciona apresentar um panorama dos recursos disponíveis nos vários setores de saúde, classificar as tecnologias utilizadas para o acompanhamento do usuário, ações de vigilância à saúde, promoção da saúde e utilização de recursos e tecnologias especializadas. As linhas de cuidado podem não se consolidar e se rompem nas situações de ausência de ofertas e práticas de promoção e prevenção, que são determinantes no estímulo à entrada nas redes de saúde; ausência de gestão e regulação dos processos no planejamento dos macroprocessos de gestão da rede, como na articulação intersetorial, regulação de fluxos assistenciais e priorizando a agenda de cuidado integral, por exemplo; deficiência da rede de serviços, inexistência de oferta específica; atitudes de desresponsabilização do cuidador quando este não se vincula com o usuário, negue ou dificulte o uso das tecnologias adequadas; atitudes de cerceamento ao acesso; falta de



insumos para se produzir saúde; definição de um cuidador que articule todo o percurso da linha de cuidado (Malta & Merhy, 2010; Merhy & Cecílio, 2003; Malta et al, 2014).

1.5 Problemas de Pesquisa

Esse estudo se justifica por ser fundamental para conhecer de que forma tem ocorrido a construção, realização e a efetivação de práticas de cuidado em saúde na rede de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico pelos dispositivos especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial, e os serviços de atenção básica à saúde, bem como a articulação entre ambos. Conhecer as práticas e concepções dos trabalhadores em saúde pode auxiliar o fortalecimento e desenvolvimento de novas práticas em saúde, das políticas públicas e do sistema de atenção à saúde.

A partir das considerações acima, foram estabelecidas como problemas de pesquisa deste estudo: De que modo profissionais da atenção primária e da atenção psicossocial compreendem as necessidades de saúde mental dos usuários? Quais são as ações propostas para promoção e tratamento em saúde mental? Quais ferramentas são usadas pelas equipes para articular as ações de cuidado que envolvem atenção primária e atenção psicossocial?

1.6 Objetivos

Tendo em visto o exposto anteriormente, o **objetivo geral** deste estudo foi:

- Identificar as ações de cuidados segundo equipe de atenção psicossocial e da Estratégia de Saúde da Família. Foram, ainda, **objetivos específicos**:



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



- Investigar junto aos profissionais que integram os níveis de atenção básica e atenção psicossocial sua compreensão sobre práticas e ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas à saúde mental.
- Compreender as formas de articulação de cuidado utilizadas pelas equipes de atenção primária e atenção psicossocial.



Capítulo 2 - Aspectos metodológicos

2.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa, descritiva e exploratória. Conforme esclarecem Ludke e André (1986), as pesquisas de caráter qualitativo se utilizam do ambiente natural como fonte de coleta de dados, sendo eles predominantemente descritivas e investigam os significados que os sujeitos conferem aos fenômenos. De fato, estudos desta natureza quando levados à área da saúde, como pontua Turato (2005), buscam valorizar as experiências, percepções, pontos de vista, simbolismos, significações, representações psíquicas e sociais, dentre outros. De maneira geral, todos os pontos descritos anteriormente destacam para o estudo de fenômenos, dos processos mentais e socioculturais, os modos de identificar e compreender os sentidos dos sujeitos das pesquisas, como também o de retomada de memórias e experiências de pessoas ou grupos.

2.2 Local

A pesquisa ocorreu em um município do interior de Minas Gerais com população de cerca de 500 mil habitantes. A cidade está dividida em seis setores sanitários: as regiões Norte, Sul, Leste, Oeste, Central e Zona Rural. Esta pesquisa ocorreu junto a profissionais de saúde que trabalhavam em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBFS) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de tipo II de um mesmo Setor Sanitário da cidade.

Segundo o Plano Municipal de Saúde da cidade em questão, para o período de 2018 a 2021, uma das ações previstas para a área é “Fortalecer a integração do cuidado entre CAPS e



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Atenção Primária, considerando as equipes de referência em Atenção Primária e NASF.” (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2018, p.64). O setor escolhido para o desenvolvimento da pesquisa possuía em sua região um CAPS II, unidades de atenção primária tradicionais (UBS) e de saúde da família (UBSF), nas quais existe pelo menos um psicólogo para cada duas UBSF, dando suporte na área de saúde mental na forma de apoio matricial e equipe de NASF-AB. Outro critério que sustentou a escolha deste setor de saúde do município foi facilidade de deslocamento do pesquisador pelo referido setor em virtude da rede de transporte público e de sua proximidade à universidade, o que Marottiet al (2008) classificam como critério de conveniência em pesquisas com amostragem não-probabilística.

2.3 Participantes

Compreendendo a atenção básica e os CAPSs como fundamentais portas de entrada dos usuários de saúde mental, foi proposto que os participantes da pesquisa fossem: (a) psicólogos(as), enfermeiros(as) e agentes comunitários de saúde dos serviços de atenção básica e (b) enfermeiro e psicólogos(as) do serviço de atenção psicossocial estratégica (CAPS) de um dos setores sanitários da cidade.

A escolha desses profissionais, de ambos serviços, deu-se pela proposta de compreender a gama de ações que são realizadas referente a promoção de saúde em saúde mental nos determinados serviços de saúde e pelos seus respectivos profissionais. Também se justifica a escolha de psicólogos e enfermeiros, pois são duas categorias profissionais presentes nos dois tipos de serviço. Ao contrário de outros municípios brasileiros, na cidade onde decorreu a pesquisa, os CAPS são compostos essencialmente por psicólogos. Para seis ou oito psicólogos, um CAPS costuma ter em sua equipe dois enfermeiros, um assistente social e os médicos, além dos técnicos de enfermagem, auxiliar administrativo e serviços gerais.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Para o convite aos participantes foram considerados os seguintes Critérios de exclusão: estar há menos de três meses atuando na unidade de saúde, férias, licença-saúde, horário disponível para a coleta incompatível com os horários possíveis para o pesquisador. Já os Critérios de inclusão adotados foram: ter interesse em participar do estudo, ser profissional da unidade por pelo menos três meses.

Dessa forma, pretendeu-se convidar para este estudo o total de profissionais alocados nos cargos de enfermeiro (a), psicólogo (a) e agente comunitário de saúde. Primeiramente foi estimado que o número total de 37 profissionais, assim divididos: no CAPS seriam 6 psicólogos e 1 enfermeiro (a) e nas duas Unidades Básicas de Saúde da Família estimava-se 3 psicólogos, 24 agentes comunitários de saúde e 4 enfermeiros (as).

No projeto de pesquisa estava previsto como forma de interrupção/encerramento da fase de campo da pesquisa o ponto de saturação, isto é, na medida em que os conteúdos das entrevistas começassem a se repetir, seriam realizadas ainda algumas entrevistas e, caso se avaliasse que nada de novo tivesse surgido, a fase de campo seria encerrada (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). E, em estudos qualitativos, a coleta e a transcrição do material é que indicam em que momento não há novas informações sobre o foco do estudo e, atingida essa saturação se interrompe o estudo. No entanto, o processo de campo da pesquisa e a dinâmica das unidades não possibilitaram o emprego deste critério, como será descrito na etapa de “Procedimentos éticos e de coleta de dados”.

2.4 Instrumentos

Este estudo utilizou como instrumentos de pesquisa:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



- (a) Ficha de dados para caracterização dos participantes – de autopreenchimento (apêndice 1). Essa ficha solicita informações sobre sexo, idade, tempo de trabalho do entrevistado;
- (b) Questionário sobre atividades realizadas por profissionais de saúde (psicólogos (as) e enfermeiros (as), elaborado a partir de Mühl, 2015) – apêndice 2. Esse questionário permite ter uma ideia geral a respeito das atividades realizadas durante a jornada semanal de trabalho;
- (c) Roteiro de entrevista para os profissionais de nível superior – apêndice 3. Esse roteiro é formado por perguntas norteadoras e tem o propósito de conhecer as ações dos profissionais de psicologia e enfermagem voltadas mais especificamente para a saúde mental;
- (d) Questionário sobre atividades realizadas por agentes comunitários de saúde – apêndice 4. Esse instrumento pretende conhecer as atividades realizadas por esses profissionais durante sua jornada semanal de trabalho;
- (e) Roteiro de entrevista para os profissionais ACS – apêndice 5. Esse roteiro é formado por perguntas norteadoras e tem o propósito de conhecer as ações dos profissionais ACS voltadas mais especificamente para a saúde mental.

Os autores Ludke e André (1986) pontuam que a entrevista, diferentemente das outras técnicas de coleta de dados, possui uma grande vantagem, pois proporciona melhor interação, estabelecendo uma relação horizontal, e não hierárquica, de conhecimentos entre o entrevistador e o entrevistado. Sendo assim, o estudo colocará em discussão um modelo de questionário e roteiro de entrevistas (Apêndices 1, 2 e 3) para os profissionais de nível



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



superior, no caso os psicólogos e enfermeiros, e outros modelos para os agentes comunitários de saúde (Apêndices 1, 4 e 5). Os questionários foram elaborados com o intuito de permitir tanto um conhecimento mais geral sobre cada participante e listar as ações por eles desenvolvidas, como permitir a aproximação do pesquisador a esse contexto de trabalho, facilitando a realização das entrevistas a posteriori com os quais se interessaram por esta segunda etapa do estudo.

2.5 Procedimentos éticos e de coleta de dados

Primeiramente o projeto foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde para avaliação e solicitação da carta de co-participante. Em seguida, o projeto foi submetido, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos para devida análise. Após sua aprovação (Anexo 1), a próxima etapa consistiu em retornar à Secretaria Municipal de Saúde e solicitar, de posse do parecer de aprovação do projeto (Parecer 2.909.154), a autorização para entrada em campo e então realizar o primeiro contato com as equipes de saúde dos locais previstos para a realização da pesquisa, de forma que se pudesse fazer o agendamento da coleta dos dados. Assim feito, em dia e horário combinado com cada unidade, o pesquisador foi aos serviços apresentar a proposta e realizar o agendamento.

A primeira unidade contatada para início de coleta foi o CAPS. O pesquisador fez contato em outubro de 2018 com a gestora do CAPS para combinar a primeira etapa de coleta, com apresentação da pesquisa e dos instrumentos. A ida à unidade ocorreu, conforme combinado com a gestora, em uma manhã, ao final da reunião de equipe, próximo ao horário do almoço. Nesta oportunidade, alguns profissionais já tinham deixado a unidade, porém ainda foi possível convidar quatro psicólogas e uma enfermeira para a pesquisa, as quais foram esclarecidas sobre o TCLE. Elas assinaram o TCLE (Apêndice 6) e em seguida responderam a



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Ficha de dados para caracterização dos participantes e o Questionário de atividades (Apêndices 1 e 2). Após essa aplicação, o pesquisador anotou o contato telefônico de cada participante para agendar a segunda etapa da coleta. Em um segundo momento, duas psicólogas e uma enfermeira participaram da segunda etapa da coleta, mediante a realização de uma entrevista com roteiro semi-estruturado (Apêndice 3).

Todo o processo de coleta neste CAPS aconteceu durante os meses de outubro/2018 a maio/ 2019. No total, foram sete idas à unidade, sendo que duas vezes para reuniões com a gestora; duas vezes para coletas de dados a partir da aplicação dos questionários; outras duas vezes para utilização de entrevista com roteiro semi-estruturado. Em uma oportunidade, já no espaço da unidade, foi preciso remarcar uma aplicação de questionário que estava agendada. Vale destacar também que um dos momentos de coleta de dados a partir da entrevista com roteiro semi-estruturado, uma profissional do CAPS preferiu que a entrevista ocorresse em seu consultório particular.

A próxima unidade com a qual ocorreu o contato foi a primeira UBSF, também em outubro de 2018, aqui chamada de UBSFA. No primeiro contato com a unidade, a gestora estava de férias, então foi solicitado por uma das enfermeiras que fazia a cobertura das férias que se aguardasse o retorno da mesma, que seria breve. Após retorno da gestora da unidade, foi discutida a oportunidade na qual seriam convidados os profissionais da unidade. A primeira etapa da coleta ocorreu após reunião de equipe com a ausência de apenas um profissional (uma ACS que estava de licença maternidade). Nesta oportunidade, foram apresentados à equipe a proposta da pesquisa, explicou-se os instrumentos da pesquisa, a existência e finalidade do TLCE (Apêndice 6), e ao final foi feito o convite para a participação. Nesta primeira etapa de coleta obtivemos a participação no preenchimento do questionário (Apêndice 2) e Ficha de Caracterização (apêndice 1) de três enfermeiras e uma psicóloga, além de oito agentes



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



comunitários de saúde respondendo ao questionário específico e ficha de caracterização (Apêndices 4 e 1, respectivamente). Nesta ocasião todos os profissionais responderam ao questionário coletivamente na sala de reunião. Posteriormente foi agendado individualmente com os profissionais a próxima fase de coleta que envolvia entrevista com roteiro semi-estruturado. Na segunda etapa de coleta nesta unidade, duas enfermeiras, uma psicóloga que integrava o NASF-AB e quatro agentes comunitários se dispuseram a ceder a entrevista com roteiro semi-estruturado (Apêndices 3 e 5, respectivamente). Nesta unidade as visitas se estenderam por mais tempo, se encerrando apenas em outubro de 2019. Dentre as idas à unidade, duas ocorreram para conversar sobre a proposta da pesquisa com a coordenadora; uma para aplicação dos questionários aos profissionais; quatro visitas para as entrevistas com os agentes comunitários de saúde, um dia cada um; duas idas para entrevistar as duas enfermeiras que participaram das entrevistas semi-estruturadas, uma cada dia; e um outro dia para entrevistar a psicóloga de NASF-AB. É importante também enfatizar que durante o período de coleta, a unidade e as equipes estavam participando de campanhas de vacina e da dengue, o que por algumas vezes foi motivo de necessidade de reagendamento de coleta que havia sido previamente combinadas. Por quatro vezes fui até a unidade, ou estava a caminho, e foi necessário remarcar alguma dessas atividades que estava agendado com o profissional. Todos os demais participantes desta UBSF preferiram responder aos instrumentos e ceder a entrevista na unidade de saúde na qual atuavam. Sendo assim, foram necessárias quatorze visitas à esta unidade.

O primeiro contato com a segunda Unidade Básica de Saúde da Família (UBSFB) demorou mais em relação aos outros, pois houve dificuldades em encontrar o gerente no local. Assim, diferentemente dos outros dois serviços, o primeiro contato com esta unidade e seu gerente ocorreu apenas em novembro de 2018. Após o contato com o gerente da unidade,



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



alguns impedimentos foram colocados, como a impossibilidade da disponibilização de todos profissionais em um momento único, como em reuniões, para, pelo menos, ocorrer uma explicação geral sobre a pesquisa e serem aplicados os questionários de forma coletiva. Como não se chegou a um acordo para que uma conversa antes ou após momento de reunião de equipe pudesse ser feito, a fase de coleta ali implicaria em várias idas até a Unidade para conversar individualmente com os profissionais a serem convidados para o estudo. O contato com esta unidade foi retomado em abril de 2019 para sequência de coleta quando possível uma melhor aproximação e abertura já que a nova gerente se mostrou mais disponível à pesquisa. A fase de campo aqui foi encerrada em outubro de 2019. O contato com esta nova gerente trouxe maior disponibilidade para que os convites fossem realizados, mas ainda assim foi possível apenas a participação de três profissionais. Participaram da aplicação do questionário duas psicólogas de NASF-AB, sendo que apenas uma se dispôs a participar da entrevista semi-estruturada posteriormente, e participou também das duas etapas de coleta uma agente de saúde comunitário. As equipes nesta unidade encontravam-se com grandes desfalques, como exemplo os ACS, que de um total de nove que a unidade precisaria ter, apenas duas estavam trabalhando. Nesta unidade ocorreram duas visitas para conversar com o antigo gerente sobre a proposta da pesquisa; uma outra visita para a apresentar a proposta da pesquisa novamente à nova gerente e combinar a coleta; uma visita para coleta de questionário com a ACS; uma visita para realização de entrevista semi-estruturada com a ACS; duas visitas para aplicação de questionário para psicólogas do NASF-AB, um dia cada uma; e uma visita para realização de entrevista semi-estruturada com psicóloga do NASF-AB. Destaca-se aqui que esta visita para realização de entrevista individual com roteiro semi-estruturado com a psicóloga do NASF-AB aconteceu no CAPS antes de uma reunião da rede de saúde do setor sanitário, a pedido da



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



mesma. Ademais, por três vezes foi necessário reagendar algumas idas até a unidade para a realização de coleta.

As dificuldades com relação à UBSFB tinham sido apontadas muito anteriormente para o pesquisador. Quando encaminhamos o projeto de pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde para solicitar co-participação, fomos chamados para uma reunião sobre a pesquisa com um dos gestores da Atenção Básica. Até o local se dirigiram orientando e orientadora, na expectativa de dirimir dúvidas sobre a proposta como um todo ou os instrumentos que seriam usados, mas para a surpresa, o gestor que nos recebeu nos perguntou se o interesse da pesquisa seria mesmo pelas UBSFA e B, tendo em vista que havia unidades mais receptivas à pesquisa. Neste momento, foi-nos dito que a UBSFB contava com uma equipe “complicada” e que seria bastante difícil que eles tivessem interesse em participar da pesquisa. Reafirmamos o interesse naquela unidade tendo em vista que a reunião ampliou nosso interesse em conhecê-la.

Neste percurso, todas as entrevistas foram gravadas em áudio e, para garantir o sigilo quanto à identidade do participante, as entrevistas foram numeradas, utilizando-se a denominação PSII-CAPS para a primeira entrevista de psicóloga da atenção psicossocial, a qual foi cedida por um psicólogo, PSI2-CAPS para a segunda entrevista cedida por psicóloga da atenção psicossocial e ENF1-CAPS para a entrevista cedida por um enfermeiro da atenção psicossocial. Já para as entrevistas efetuadas na primeira UBSF (UBSFA), foram empregadas as siglas ACS1-UBSFA para o primeiro ACS da unidade entrevistado e assim por diante, PSII-UBSFA-NASF-AB para a psicóloga que cedeu entrevistas e ENF1-UBSFA e ENF2-UBSFA para as enfermeiras que participaram desta etapa. Não se diferenciando muito, foi empregado também a mesma lógica com a segunda unidade, na qual se denomina a participação da ACS com a sigla ACS1-UBSFB e da psicóloga de NASF-AB com PSII-UBSFB-NASF-AB. Totalizando as três unidades, foi possível realizar a coleta de seis questionários e três



entrevistas semi-estruturadas na atenção psicossocial, doze questionários e sete entrevistas semi-estruturadas na Unidade Básica de Saúde da Família A e três questionários e duas entrevistas semi-estruturadas na Unidade Básica de Saúde da Família B, tendo, assim, como números finais a aplicação de vinte e um questionários e doze entrevistas semi-estruturadas.

2.6 Forma de análise de dados

Para análise dos dados, após a transcrição literal de cada entrevista, foram efetuadas exaustivas leituras de cada uma e do conjunto de entrevista separadas por tipo de serviço (CAPS e equipe de saúde da família). Os próximos passos foram inspirados em Duarte (2004), que sugere a fragmentação de cada transcrição e sua reorganização em função de unidades de significação ou em função de categorias de análise previamente definidas e integradas aos objetivos do estudo, referências conceituais ou conhecimento prévio do campo empírico. Partindo de categorias previamente estabelecidas, os recortes das falas de cada entrevistado foram reagrupados e serão apresentados no capítulo 3.

Para os dados advindos de fichas/questionários, foi criado um banco de dados em planilha de excell para digitação dos mesmos e estatística descritiva (frequência e porcentagem das respostas), com posterior apresentação dos mesmos em tabelas e gráficos.

Os resultados deste estudo foram organizados e serão apresentados juntamente à discussão, da seguinte forma: inicialmente serão apresentados os dados referentes à caracterização dos profissionais do CAPS seguido da apresentação das atividades realizadas pelos mesmos no serviço, um quadro que traça tanto o percurso do usuário desde sua chegada no serviço, até as ações propostas pelos profissionais para a condução do cuidado e, por último, serão analisadas as compreensões dos profissionais sobre promoção, prevenção e tratamento. Na sequência, os dados dos profissionais das UBSFA e B serão tratados da mesma forma como



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



os dados do CAPS. Primeiramente será apresentado a caracterização dos profissionais que atuam nas duas unidades, em seguida serão apresentadas as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem e psicologia, depois as ações realizadas pelos agentes de saúde comunitário, a seguir um quadro traçando o percurso do usuário e cuidados que ele recebe no serviço e, finalmente, suas percepções sobre promoção, prevenção e tratamento. Um último tópico apresentará e discutirá as ações intersetoriais realizadas pelos serviços entre eles e com demais outros serviços, como também alguns recursos e dificuldades para a realização da articulação entre os serviços.



Capítulo 3 - Resultados e Discussão

Neste capítulo foi construída a apresentação de resultados juntamente com a discussão sobre os mesmos. Num primeiro momento serão apresentados os resultados referentes aos profissionais de CAPS e em um segundo momento, aos profissionais da estratégia da saúde da família.

3.1 Centro de Atenção Psicossocial: o cuidado da equipe e compreensão sobre promoção, prevenção e tratamento

3.1.1 Caracterização dos participantes da equipe do Centro de Atenção Psicossocial

Dentre os cinco profissionais de CAPS que participaram, quatro eram psicólogas e uma enfermeira, todas mulheres, com idades entre 27 e 61 anos, três com companheiro (a) e filho (s). O tempo de atuação destas profissionais em serviços de saúde variou de dois a 23 anos, sendo que no Centro de Atenção Psicossocial o tempo de vinculação foi de um a dezesseis 16 anos. Apenas duas delas relataram ter tido capacitação antes de atuar na rede de saúde. Além disso, dentre estas cinco profissionais, três se dispuseram a participar da entrevista com roteiro semiestruturado: uma enfermeira e duas psicólogas.

Resultados encontrados em outros estudos (Almeida & Furegato, 2013; Bogo & Chapadeiro, 2019) atestaram maior participação de profissionais do gênero feminino nos serviços de saúde mental, sendo que, dentre elas, as categorias que mais se destacam são a psicologia e enfermagem, com tempo de trabalho no serviço variando de quatro a dez anos ou mais, sendo que de um terço até 50% dos profissionais receberam capacitação para atuar no serviço de saúde mental. Portanto, dados encontrados da literatura se assemelham com os



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



achados levantados na pesquisa, pois podemos observar que, além de predominância das mulheres como participantes da pesquisa no CAPS e em sua equipe como um todo, há também um predomínio de mulheres como força de trabalho do setor saúde/ saúde mental do município.

Os dados que refletem sobre a capacitação dos profissionais para atuar no CAPS, também se assemelham à literatura, uma vez que quase metade das profissionais receberam algum tipo de qualificação ou capacitação para atuar no serviço. Como destacam Costa, Gonçalves, Peixoto, Tavares e Cortez (2017), pensar estratégias que se direcionem a uma educação permanente em serviço faz com que as equipes de saúde mental possam refletir sobre suas práticas, e diferenciadas abordagens terapêuticas que surgem a partir de cada demanda, cada encontro e cada singularidade. Assim, não apenas com práticas específicas, mas possibilita também a autonomia do profissional na adaptação de ações e autonomia do usuário sendo protagonista do seu processo de cuidado. Então, a educação permanente em saúde mental é crucial pois proporciona o avanço de novos paradigmas na atenção psicossocial, permitindo envolvimento dos profissionais no encontro da realidade que permeia a saúde mental, partindo das lógicas de atenção integral e inserção social. Ainda, de acordo com Medeiros, Nascimento, Pavòn e Silveira (2016), espaços de formação permanente podem propiciar o rompimento de preconceitos ligados aos pensamentos e práticas em saúde mental como também a desnaturalização dos conceitos como cura, normalidade e doença mental.

3.1.2 Atividades realizadas pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial

O Quadro 2 apresenta as atividades realizadas pelos profissionais do CAPS a partir das informações do questionário (Apêndice 2). De maneira geral, pode-se observar que os



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



profissionais realizaram semanalmente atividades de acolhimento, atendimento individual ou em grupo, atuam como profissional de referência, elaboram projetos terapêuticos singulares, realizam contato com outras instituições e participam de reuniões de equipe. Já atividades como visitas domiciliares, atendimentos com familiares, reuniões de orientação e discussão de caso em outros serviços ou mini-fórum (nome dado à reunião organizada pelos profissionais CAPS convidando representantes de outros dispositivos não só da rede de saúde, mas também de outros setores com a finalidade de discutir e definir possibilidades de intervenção para casos determinados considerados os mais graves) e organização de eventos foram realizadas quinzenalmente, mensalmente ou às vezes. Ainda de acordo com os dados, esses profissionais geralmente realizam sozinhos atividades como o acolhimento, atendimentos individuais ou em grupos, contato com outros serviços e atuação como profissional de referência, enquanto que atividades como visita domiciliar, reuniões de orientação e discussão de casos em outros serviços ou mini-fórum e reunião de equipe são geralmente realizadas com outros profissionais do CAPS ou outros serviços.

Pode-se perceber que ocorre encontro entre as práticas levantadas pela pesquisa e o que se encontra de direcionamento sobre essas ações na literatura. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) as práticas presentes nos Centros de Atenção Psicossocial visam primeiramente finalidade terapêutica. Neste sentido fica evidenciado a necessidade não só da construção de um projeto terapêutico, como também a definição de um terapeuta de referência, ou profissional de referência, que irá, dentre outras ações, acompanhar o projeto terapêutico do usuário e estar em contato com seus familiares por meio de atendimentos, reuniões e visitas. Além disso, cabe também à equipe da atenção psicossocial a realização de acolhimento, atendimento individual, em grupo ou para a família, atividades comunitárias, reuniões de



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



organização do serviço e com outros serviços, oficinas e grupos dos mais diversos tipos e finalidades, disponibilização de medicamentos e atividades de suporte social (Brasil, 2004).

Ainda que muitas dessas ações se façam presentes no dia-a-dia das equipes, seguindo os mais diversos manuais, as práticas de cuidado psicossocial demandam resistência à conformidade, ao repetitivo, uma vez que o cuidado neste contexto surge a partir da produção constante, do fazer-acontecer, inventando ações e produzindo-as a partir do encontro, da existência do ser e formulando novas estratégias de cuidado (Yasui, 2009).



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Quadro 2: Atividades realizadas por profissionais de nível superior da Atenção Psicossocial

	Questão 1 Acolhimento	Questão 2 Atendimento individual	Questão 3 Atendimento em grupo	Questão 4 Atuação como profissional de referência	Questão 5 Elaboração de PTS	Questão 6 Reuniões, atendimentos, Grupos com familiares	Questão 7 Visita domiciliar	Questão 8 Contato com profissionais de outros serviços para discussão e articulação de casos	Questão 9 Reuniões de orientação e discussão de casos em outros serviços ou mini-fórum	Questão 10 Organização de eventos	Questão 11 Organização ou participação em conselhos e comitês	Questão 12 Reunião de equipe
Com que Frequência												
Semanalmente	4	4	4	4	3	1	1	3				5
Quinzenalmente						2						
Mensalmente								1	1		1	
Às vezes	1	1				2	4	1	4	4		
Não respondeu												
Como faz essa atividade												
Sozinho(a)	4	4	4	3	4	3		4	1	1		
Junto com outro profissional ou serviço	2	2		1	3	2	4	3	4	3		4
Não respondeu												

3.1.3 Cuidados segundo profissionais da equipe da atenção psicossocial

A Figura 1 foi construída para ilustrar o fluxo do usuário que chega ao Centro de Atenção Psicossocial, considerando as formas de ingresso no serviço, o acolhimento que permite conhecer e pensar sobre o caso, a avaliação de risco do usuário, e a partir daqui diferentes caminhos: (a) as ações propostas mediante inserção do usuário na rotina do CAPS quando for um caso grave ou médio mas sem suporte familiar; (b) encaminhamento do CAPS para a Atenção Primária quando o risco for médio/baixo e houver suporte/ pontos de apoio ao cuidado; (c) após inserção na rotina do CAPS, quando há melhora, o usuário pode ser reencaminhado para atenção primária.

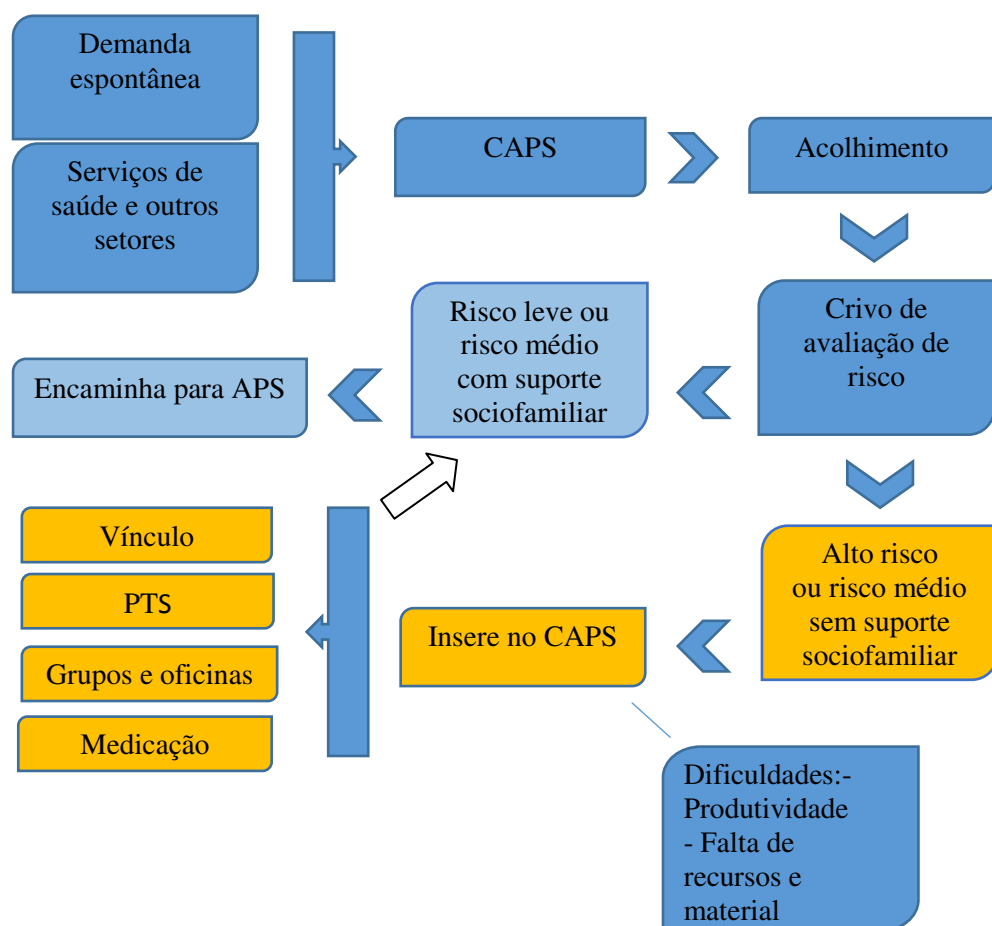


Figura 1 – Fluxo de usuários que chegam ao CAPS: inserção na rotina e encaminhamento para atenção primária

A partir das entrevistas com os profissionais foi possível observar primeiramente as formas como os usuários geralmente chegam até o serviço. Como pode ser observado pela Figura 1, as demandas ocorrem tanto de forma espontânea, quando a pessoa já conhece o serviço, como também por encaminhamento por outros serviços, como pronto-atendimento ou pela atenção básica. Nesses casos, é relatado também que, quando o usuário é encaminhado por outro serviço, ocorre comunicação entre os profissionais deste serviço e o CAPS, alertando sobre a chegada do usuário. Mesmo buscando compreender quais eram as demandas dos usuários que chegavam ao CAPS, ou seja, quais aspectos se destacavam no momento de chegada do usuário no serviço, os profissionais entrevistados relacionaram essa ideia de demanda à ideia de fluxo de encaminhamento que acontecia na rede para a chegada do usuário.

Ele pode chegar tanto por demanda espontânea, sem encaminhamento, às vezes querendo conhecer o serviço ou ele vem por um encaminhamento através de um PS, algum pronto-socorro, de algum serviço de saúde, geralmente esse entra em contato antes avisando que esse paciente está vindo ou ele pode vir pela atenção básica, que também pode ser informado. (PSII-CAPS)

De qualquer maneira podemos dar enfoque na ideia uma vez que esse fluxo, ou formas de entrada no CAPS, é abordado em outros estudos. De acordo com Leal e De Antoni (2013) profissionais de CAPS relataram que os usuários eram encaminhados por orientação das unidades/postos de saúde (95%), por hospitais (90%), por procura espontânea (71%), por procura familiar (67%), por demanda judicial (67%) e em outros casos pela Secretaria de Saúde, clínicas e Conselhos de Saúde (43%, 24% e 10% respectivamente). Tal fato pode indicar articulação da rede, pela existência de estratégias que consolidem esse fluxo de entrada, porém, ainda que o CAPS se configure como um serviço de portas abertas, inclusive para a

procura do atendimento e cuidado, a busca espontânea ao serviço não é declarada a maneira ideal na organização do fluxo da rede.

A partir do momento que o usuário chega ao CAPS, a primeira intervenção que ocorre é o acolhimento. De acordo com o relato dos profissionais do CAPS, foi possível perceber que para eles enxergam o acolhimento tanto como um espaço importante para a compreensão do sofrimento do usuário e seu funcionamento psíquico, como também uma rica oportunidade de se pensar as estratégias para o caso, iniciar construção de vínculo e definir seu profissional de referência. Porém os profissionais destacaram que o acolhimento é prejudicado em função do volume de usuários e atendimentos na unidade uma vez que o número de usuários a ser atendidos aumentou e a lógica dos atendimentos que orienta a equipe passou a ser embasada pela produtividade, especialmente pela existência de organizações sociais que administram os serviços de saúde do município e cobram essa produtividade, como se observa nas falas:

Éh, eu particularmente me preocupo muito, no momento em que o usuário chega... ali já se começa a fazer um vínculo e o modo que a gente vai se apresentar a ele e o modo como vamos acolhê-lo... de ter uma escuta mais aprofundada, de poder já, ali naquele momento, já entender um pouco o mecanismo de funcionamento psíquico do usuário, enfim... Éh, só que ao mesmo tempo a gente se depara com uma dificuldade muito grande que é em função do tempo e o volume muito grande de usuários para a gente atender. (PSI2-CAPS)

Mas a vertente que tem sido agora com a... com a terceirização da saúde, éh, o foco é muito na administração hospitalar, então eu acho que tem perdido muito é o viés psicossocial e é algo que eu tenho falado muito em reuniões com a equipe (...) porque é algo que vai me incomodando muito, né. E com a equipe tem sido um pouco assim, porque eu acho que todo mundo fica com isso da produção, que tem que produzir, e

tem que encaminhar. E aí eu fico muito resistente a isso e eu acho que no meu trabalho eu me vejo muito sozinha até em função disso. Então fica algo meio difícil. (PSI2-CAPS)

De fato, o acolhimento se configura como uma ferramenta no contexto da saúde pública e dispositivo importante na consolidação do modo de funcionamento do Sistema Único de Saúde, intervindo por meio de uma escuta qualificada, fortalecendo o vínculo do usuário com o serviço e garantindo acesso ao cuidado de forma resolutiva e responsabilizada (Brasil, 2009). Ainda de acordo com Sheibel e Ferreira (2011), concepções e práticas mais humanizadas sobre o acolhimento, que fujam da ideia de triagem, por exemplo, destacam a importância dessa diretriz, considerada uma das mais significativas na atual Política Nacional de Humanização do SUS.

As falas sinalizam que a proposta de acolhimento, segundo os seus princípios destacados acima, é realizada não apenas no primeiro contato do usuário com o CAPS, mas também no cotidiano dos profissionais e usuários, desde o momento que chegam ao serviço. Desse modo, entende-se que o acolhimento realizado pelas participantes vai ao encontro de propostas que a literatura aborda, as quais relacionam o acolhimento como importante ferramenta relacional que tem capacidade de estruturar cuidado em saúde mental de forma integral, ultrapassando lógicas de diagnóstico e patológicas, dando destaque à subjetividade e singularidade de cada um (Jorge et al., 2011), além de ser compreendida por sua escuta qualificada, enxergando as necessidades dos usuários, e estando junto ao usuário, aberto a sua loucura (Ballarin et al., 2011).

As trocas de gestões ou empresas de gerenciamento da Rede de Saúde de um município podem implicar em mudanças positivas como também em mudanças negativas. No caso do relato das entrevistadas percebe-se que essa troca ocasionou na mudança da lógica do serviço

prestado, sendo ele pautado pela produtividade, como dito anteriormente. Como pontuam Poz, Pierantoni e Varella (1997) a compreensão de produtividade engloba ideias que vão desde aspectos quantitativos até aspectos qualitativos, estes últimos envolvendo dimensões individuais ou de um determinado grupo e seu contexto. No contexto da saúde não se faz diferente e a mensuração dessa produtividade está ligada à organização do processo de trabalho rígido e ao planejamento que os serviços de saúde adotam a partir dos custos do trabalho, metas e resultados. Para Dussault (1992) as organizações de saúde precisam estar mais flexíveis para lidar e dar conta das expectativas e necessidades de sua clientela, que apresentam as mais variadas demandas. Acrescenta ainda que:

sendo organizações de serviços profissionais, têm de facilitar o trabalho autônomo dos prestadores e, ao mesmo tempo, garantir que esse trabalho seja coerente com os objetivos organizacionais. Isso convida a conceber organizações descentralizadas e flexíveis, isto é, com a capacidade autônoma de tomar decisões rápidas em função dos seus problemas próprios e das peculiaridades do seu ambiente. A autonomia dos profissionais não é tanto um direito quanto uma condição necessária para a produção de serviços de boa qualidade (p. 15)

Assim, temos que mesmo em serviços públicos, quando a gestão é realizada por empresas privadas ou concessionárias, segue-se a lógica dos interesses privados no lugar da lógica de oferecer um serviço público orientado pela universalidade e excelência em sua qualidade (Bava, 2000). Assim, quando temos sistemas de gestão que fomentam a produtividade e seguem princípios privados para a realização do trabalho em saúde, podemos dizer que o que tem, de fato, é uma composição técnica de um trabalho que é morto, refém das normas, protocolos e metas, sem qualquer possibilidade de inventividade e criatividade. Esta lógica aproxima algumas noções em saúde ao trabalho morto como definido por Merhy. Corre-

se o risco de, ao se enfatizar o quanto se atende, deixar de lado o vínculo, o acolhimento e a coresponsabilização que são fundamentais para o cuidado em saúde mental (Jorge et al., 2011).

Ainda sobre o acolhimento, foi relatada também a existência de uma escala ou crivo para a avaliação e classificação de risco do usuário que chega ao CAPS, o qual tem o propósito de, ao classificar o risco em saúde mental, colaborar na decisão de inserção desse usuário no CAPS ou então o encaminhamento para acompanhamento com a atenção primária:

Essa avaliação de risco, ela leva vários critérios... Aí deixa de ser uma coisa muito subjetiva, para ter um pouco de norte assim. Aí a gente faz esse rastreamento, então a gente faz essa classificação de risco, o leve risco a gente encaminha para a atenção primária, o médio risco a gente discute a necessidade no momento, porque pode ser um médio risco tendendo a ser grave ou sem suporte... que pode acabar se agravando, né? Aí a gente cuida para não agravar e o alto risco é nosso, sem... inquestionavelmente.
(ENF1-CAPS)

Essa forma de avaliar o risco do usuário, adotado no município pesquisado pela atual gestão é parte de um documento chamado “A Estratificação de Risco em Saúde Mental” (Coordenação Estadual de Saúde Mental do Paraná, 2014). Este documento propõe uma forma de avaliação pautada na gravidade dos sintomas apresentados aliada à condição de vida do usuário, atribuindo uma nota para cada fator apresentado pelo usuário e, no fim, gerando um score total que atribui ao usuário o seu grau de risco, sendo eles o baixo risco, o médio risco e o alto risco. Nos casos de baixo risco ou médio risco com suporte familiar e/ou social os usuários são encaminhados para a Atenção Primária. Já nos casos de alto risco e médio risco sem suporte familiar e/ou social os usuários são inseridos no CAPS.

A avaliação com classificação de risco propõe, dentre outros, uma análise (avaliação) e uma ordenação (classificação) das necessidades, deixando de lado conceitos e ideias

tradicionais, como a de triagem. O acolhimento e a avaliação/classificação de risco apresentam objetivos diferentes, porém se complementam podendo coabitarem em suas práticas ou funcionarem de maneira separadas no espaço físico, mas nunca heterogêneo ao processo de trabalho. Em outras palavras, “a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.” (Brasil, 2004, p. 20) A classificação de risco, mais comumente vista sem serviços de pronto atendimento, aparece aqui como prática da equipe do CAPS. Colocando em comparação as falas dos diferentes profissionais, percebemos que a prática de acolhimento no serviço perpassa pelas noções de acolhimento como um espaço de escuta, que propicia o processo de formação de vínculo e outras ações com o usuário, o acolhimento como uma postura acolhedora humanizada no cotidiano profissional com os usuários e, por fim, vemos uma proposta também de acolhimento, porém mais direcionada aos princípios de triagem. Todavia, no cotidiano das unidades de saúde, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial, a compreensão do risco em alguns momentos não se basta apenas por um crivo de pontuação ou classificação, sendo necessário extrapolar os protocolos e partir de reflexões mais profundas sobre o conceito.

Dando sequência ao caminho que o usuário percorre até que se decida sua inserção no CAPS, já fica evidente nas falas das profissionais uma das primeiras e uma das principais ferramentas utilizadas como proposta de cuidado desde a chegada do usuário no serviço é a formação do vínculo. Esse aspecto foi apontado pelos profissionais das equipes como muito importante para o cuidado em saúde mental, iniciando desde o acolhimento, sendo ele também fundamental nas intervenções e em momentos de desorganização:

Éh, eu acho que depende muito se tem suporte o familiar, para a gente ter história, para a gente entender essa história, até mesmo para a gente entender essa crise. Mas eu acho que a intervenção, com o paciente, vai depender muito do vínculo que esse

paciente tem com a unidade, principalmente em um momento de desorganização.
(PSI1-CAPS)

Então assim, já tracei um pouco do que pode fazer para esse usuário se reaproximar, mas é uma tarefa muito difícil porque a gente não tem perna para isso também. Seja para ir ao território que ele está, ao local em que ele está, seja... para dispende um tempo maior, mas tem que ser aos pouquinhos, porque ainda acho que tudo é pelo vínculo, não tem como. Os demais não sei o que pensa assim, mas para mim é assim, mas eu entendo assim, é pelo vínculo, é se vinculando que ele vai se aproximar, e esse vínculo a gente vai ter que dar os pulos para conseguir minimamente, né? (PSI2-CAPS)

As profissionais compreendem a importância do vínculo com o usuário, desde o momento do acolhimento: “A gente entende que o acolhimento é desde que ele chega, né? Desde o ‘oi’ que você fala”. (ENF1-CAPS), até no decorrer do tratamento e das intervenções, o que reforça como o vínculo pode contribuir no acompanhamento do usuário, como se percebe na seguinte fala:

É, eu particularmente me preocupo muito, no momento em que o usuário chega... ali já se começa a fazer um vínculo e o modo que a gente vai se apresentar a ele e o modo como vamos acolhê-lo... de ter uma escuta mais aprofundada, de poder já, ali naquele momento, já entender um pouco o mecanismo de funcionamento psíquico do usuário, enfim... (PSI2-CAPS)

Segundo Jorge et al. (2011), o vínculo propicia o estabelecimento de um cuidado integral, pois permite práticas horizontais e democráticas ao mesmo ponto que constitui laços

de afeto, respeito, confiança e destaca também os saberes do usuário e da sua família. Assim, o vínculo pode proporcionar, além de desenvolvimento de responsabilização mútua entre usuários/família/trabalhadores de saúde, também caminhos que apontem parcerias que contribuam com a melhoria da qualidade de vida do usuário dos serviços de saúde. Também de acordo com Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky e Machado (2009, p. 162):

Este vínculo é visto pela equipe como facilitador no tratamento, havendo fidelidade entre ambas as partes. Assim, o cuidado em saúde mental ganha materialidade na atitude dos profissionais do CAPS na sua relação com os usuários, tendo a integralidade como foco de intervenção, ou seja, é um local de encontro, diálogo entre pessoas com necessidades, desejos, histórias e conhecimentos específicos. O cuidado para esses profissionais envolve também a família do usuário, que é entendida como parte fundamental para a evolução satisfatória do usuário no paradigma psicossocial de atenção à saúde mental.

Outra das ações relatadas pelos profissionais do CAPS direcionadas aos usuários a partir de sua inserção é a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) já objetivando o acompanhamento desse sujeito na unidade, buscando em sua construção aliar os horários disponíveis pelo usuário e o seu profissional de referência. De acordo com as entrevistadas, tanto o PTS quanto o profissional de referência começam a ser definidos desde o acolhimento. Os casos são também discutidos em reuniões de equipe ou reuniões dos núcleos de equipe dentro do serviço, sendo esta uma lógica semelhante à da mini-equipe de referência, responsabilizando-se por determinados usuários a partir da divisão do território:

É... agora se ele é caso de ficar aqui, a gente normalmente já marca um atendimento com um profissional que vai ficar responsável para acompanhar ele para traçar junto com ele qual que é o projeto. (ENF1-CAPS)

Quando a gente vai assumir a referência, geralmente eu marco um atendimento para conhecer o paciente, para ele contar como ele está e tudo e a gente vai pensando nesse caminho. Éh, eu coloquei que é conjunto porque nas reuniões de equipe a gente pensa nesse PTS né. E aí o profissional que está de referência leva a proposta de um projeto a longo prazo, então inicialmente vamos pensar três vezes na semana manhã e tarde até umas duas semanas para a gente ver como o paciente fica e nas outras reuniões a gente pensa como ficou, como o fulano está, se melhorou ou piorou, né, e aí a gente vai pensando junto da equipe como é que faz isso. É claro que vai depender da disponibilidade do paciente também. Tem pacientes que demandam, que precisariam estar mais com a gente, mas que não querem né, então a gente entra em combinados: como é pode ser feito, você pode vir em tal dia; a gente vai negociando esse PTS. Então, eu acho que tem três pontos: o usuário, o TR (terapeuta de referência) e a equipe, não é uma coisa só TR e paciente. (PSII-CAPS)

Apesar de demonstrar que a elaboração do PTS parte de três possibilidades: (pelo profissional de referência, de maneira conjunta entre usuário/família/profissional de referência e pela Estratégia de Saúde da Família), Rodovalho e Pegoraro (2016) apontam também como dificuldades como a centralização do papel do profissional de referência na construção do projeto, impossibilitando ações integradas. Ainda, ao mesmo tempo que foi percebido a participação de diferentes serviços da rede na elaboração do PTS, o que pode indicar um processo de efetivação da prática dentro da RAPS, também foi percebido que ainda há inexistência de PTS em alguns CAPS, o que contribui para uma falta de harmonia práticas e condutas em toda atenção psicossocial. Entre os seus achados, as autoras atribuem que ainda que haja PTS nos serviços de saúde, este não parte das necessidades do usuário, do firmamento

de metas e da delegação dos profissionais responsáveis por cada ação. Neste sentido, com o objetivo de se quebrar essa lógica centralizadora da elaboração do PTS, pode-se pensar como alternativa a utilização não apenas do profissional ou técnico de referência, mas sim de uma equipe, ou miniequipe, que se apresente ela toda como referência do usuário. Como pontuam Chaves e Pegoraro (2013), as miniequipes de referência tem potencial de reformular a organização do serviço de saúde mental propiciando a descentralização do saber e propondo um tratamento ao usuário a partir de um viés psicossocial, os quais de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Outra atividade lembrada pelos profissionais do CAPS foram as práticas grupais, ou seja, grupos e oficinas, os quais esbarram em dificuldades como burocracia e falta de recursos materiais que, por muitas vezes, limitam ou até impedem que possam continuar ocorrendo:

Eu me vejo muito... éh, muito limitada ao que a instituição propõe... né. E às vezes a falta de recursos, a falta de uma verba [ênfatisa] para a gente poder desenvolver outras coisas e isso vai impedindo a gente, até mesmo de sonhar... se a gente sai com os usuários, tem um monte de burocracia que está nos esperando e que aí as coisas se enrolam tudo. E agora, éh, eu ministro uma oficina, sozinha na sexta, que daí a gente teve que correr atrás mesmo, sair pedindo, conseguir com a mercenária pedaços de madeira, super bonitinhos e bem feitiños, só que daí faltam tintas e faltam várias outras coisas. (PSI2-CAPS)

Como aborda Nunes, Torres e Zanotti (2015) as oficinas podem ser caracterizadas como “um recurso interessante no contexto das novas modalidades de cuidado, pois se caracterizam por ampla possibilidade de atividades, desde produção material, aprendizagem de ofício e expressão livre” (p. 144), desse modo é fundamental que sejam consideradas diversas formas de realização a partir da sua finalidade, do manejo profissional, dos participantes da

atividade e das limitações da instituição. Mielke et al. (2009) também pontuam que as oficinas terapêuticas possuem processos que contribuem na reabilitação do usuário, incentiva e prepara para o mercado de trabalho, retoma suas atividades do cotidiano e seja independente. A falta de recursos e materiais para a realização de oficinas e grupos não foi percebida apenas a partir dos achados das entrevistas com os profissionais, essa dificuldade também foi identificada por Martinhago e Oliveira (2012). Os autores afirmam que a falta de recursos ocasiona no enfraquecimento e empobrecimento das oficinas, porém apontam a experiências de êxito com grupos, driblando as dificuldades financeiras e pondo em práticas ações e atividades autossustentáveis economicamente. Outro indicativo referente a falta de recursos para oficinas, por exemplo, sinaliza que não existe, ou existe pouco investimento, para as atividades voltadas para a saúde mental.

O uso da medicação pelos usuários também foi tema recorrente das entrevistas. Os profissionais compreendem a importância do uso dos medicamentos, principalmente nos casos crônicos, e se utilizam de estratégias, como o vínculo, para conscientizar e orientar os pacientes na utilização de seus remédios. Entretanto, abordam também que os usuários não necessitam apenas dos remédios e, partindo de concepções mais amplas, consideram importante que os pacientes sejam vistos em sua totalidade, em suas diversas demandas:

Então a equipe acaba falando uma conversa só, de diversas maneiras, dentro das possibilidades que ele dá, para sustentar a necessidade do medicamento, porque, a gente sabe se ele não tomar a medicação, vai haver um agravo. [...] ele não tá aqui só para tomar medicação, ele também não tá aqui só para falar dos problemas dele e ser acolhido por um psicólogo, ele é visto como um todo. Não necessariamente a gente vai conseguir acudir o paciente na demanda que ele tem, mas eu vejo como tem vários olhares diferentes sobre o mesmo paciente, que a gente tem é... mais chance de fazer com que ele melhore dentro da perspectiva dele, né. (ENF1-CAPS)

Os casos crônicos é que não tem jeito, a medicação tem que ser usada sempre, mas em casos, assim, não crônicos, a gente tenta conversar e falar a importância da medicação naquele momento, né... para dar uma limpada nos sintomas, né. (PSI2-CAPS)

Não podemos esquecer que mesmo após a Reforma Psiquiátrica e a implementação de mecanismos e serviços territoriais de desinstitucionalização, os serviços ainda propagam abordagens e maneiras de conduzir o trabalho a partir de uma perspectiva institucionalizante (Pande & Amarante, 2011), como é o caso de estratégias como a da medicalização dos usuários do serviço. De acordo com Pande e Amarante (2011), movimentos como este geram uma “nova cronicidade” e dependência dos usuários em relação ao serviço. Assim, é fundamental que os serviços impulsionem práticas intersetoriais, multidisciplinares e integrais visando a resolubilidade do caso, e criando junto ao usuário trajetórias confiáveis e seguros pela rede, não ficando dependente exclusivamente de apenas uma abordagem ou serviço.

Se por um lado as entrevistadas atribuem importância significativa à medicação, por outro não esquecem de destacar demais aspectos que são fundamentais para a compreensão do psiquismo e funcionamento psíquico do usuário. Assim, as profissionais participantes contornam, por exemplo, através da utilização do vínculo, dificuldades já relatadas em outras pesquisas, como aborda Onocko-Campos et al. (2012a), conferindo que não há espaços suficientes para reflexão e discussão sobre a medicação nos CAPS e tampouco engajamento dos profissionais para oferecerem suporte sobre um tema tão presente e marcante no cotidiano dos usuários. Quando não ocorre debate e participação dos usuários na negociação do uso do medicamento torna-se quase impossível dissociar o conceito e as práticas de tratamento e cuidado à prescrição medicamentosa. Uma das propostas que surgem como forma de alterar esse cenário é a utilização da Estratégia GAM (Gestão Autônoma da Medicação). A estratégia

busca alterar a forma como ocorrem as relações de poder entre profissional e usuário e no sentido de garantir ao usuário marcante participação das decisões sobre o seu tratamento, pressupondo o estabelecimento de diálogo e a troca de informações sobre a medicação o tratamento e as outras ações de saúde que atravessa sua vida no cuidado em saúde mental. Ainda que a GAM não seja prática habitual dos serviços, dos usuário e gestores, ela se caracteriza como uma possibilidade de ir adiante nas transformações do cuidado, possibilitando um cuidado compartilhado. (Onocko-Campos et al., 2013).

3.1.4 Ações de promoção, prevenção e tratamento desenvolvidas pela equipe do CAPS

Nos relatos dos profissionais do CAPS foi possível destacar algumas percepções referentes à promoção e à prevenção da saúde e ao tratamento. De maneira geral, as percepções apontam grande proximidade entre esses diferentes conceitos, sinalizando que podem ocorrer de forma conjunta e dificilmente separadas:

Se a gente pensar em reabilitação desse paciente, né, não tem como pensar em uma reabilitação sem a gente pensar também em uma promoção... Éh, eu acho que promoção é quando a gente tenta intervir para que esse paciente descubra, coisas que lhe auxilia, que ele goste ou redescubra essas coisas né. Éh, porque muitos pacientes ficam “presos”, assim, a uma rotina e não se descobrem nesse processo, né, de tratamento, então acho que a promoção entraria aí. A prevenção, eu acho que entra quando a gente orienta, né, sobre certos riscos, então a gente tem muitos pacientes que tem demandas clínicas e a gente tem que levar isso para os pacientes que não tem. Mas eu acho que isso caminha junto né, é como eu te falei, não tem como separar uma coisa da outra, né... E eu não consigo pensar em mais prevenção assim, mais assim, no campo psicológico mesmo, para te dar um exemplo, mas acontece. Geralmente em grupo a gente consegue falar disso de forma mais clara, de evitar coisas que podem

desencadear, por exemplo, uma crise... Ou de coisas que promovem um bem-estar, surge muito no grupo isso. (PSII-CAPS)

O relato de outro profissional também segue a mesma percepção:

A prevenção, eu trato em questões clínicas, então, por exemplo, quando eu vejo que um paciente tá com alguma questão alterada que eu posso prevenir que ele desenvolva uma diabetes ou uma hipertensão, tudo mais. Nesse sentido a gente consegue fazer a prevenção. Mas eu acho que para a saúde mental em específico é promoção de saúde. É melhora do agravo. (ENF1-CAPS)

Para refletir como a promoção da saúde implica de fato na saúde mental, podemos ter ponto de partida o que Rotelli (2001) discute sobre sua compreensão de saúde mental. Para ele é fundamental a superação da necessidade de cura na saúde mental, sendo preciso o desmonte de todo aparato psiquiátrico que dicotomizou o sujeito e a doença e se afirmou durante a história e direcionar o foco da atenção à existência-sofrimento do sujeito e os seus potenciais e possibilidades de experienciar novas formas de existência, novas possibilidades e oportunidades. Nesse sentido o autor entende que a saúde mental não deve apenas assumir o significado, como também as atribuições, definidas por parâmetros de bem-estar, princípios biomédicos e controlados pelo Estado, mas deve, primordialmente, se colocar como lugar possível de produção de vida a partir do sentido dado por cada sujeito em sua singularidade. Em outras palavras “o problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (Rotelli et al, 1990, p. 30). Ferreira, Sampaio, Souza, Oliveira e Gomes (2017) trazem que refletir sobre o cuidado em saúde mental como um advento produtor de vida, promotor de saúde e de possibilidades de inserção do sujeito na comunidade tornou-se assunto

importante na atualidade se considerada as necessidades de transformação de paradigmas no campo da saúde. Entretanto pontuam também que estratégias de produção de vida são, em muitas vezes, impossibilitados uma vez que os profissionais conhecem pouco ou quase nada da vida latente e potencial no território ou então perpetuem práticas institucionalizantes, como a banalização do uso de medicamentos, gerando uma “nova cronicidade”, como descrito por Pande e Amarante (2011).

As compreensões das participantes sobre prevenção surgem também de forma parecida com achados da literatura. Jeolás e Ferrari (2003) mostraram em sua pesquisa, realizada a partir de oficinas de prevenção com adolescentes em risco de contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), que este espaço propiciou, segundo os participantes, oportunidades de aprendizado compartilhado, de questionamentos e discussão e autorreflexão. Se pararmos para analisar, as percepções do que foi produzido nesses encontros vão ao encontro das ideias da prevenção. Desse modo, como exemplificam Cordeiro, Oliveira, Melzer, Ribeiro e Rigonatti (2010), ações preventivas circulam entre três esferas, sendo a primeira responsável por atividades voltadas a questões higienistas (como campanhas contra as drogas) e de cuidados primários a grupos de risco (como adolescentes em vulnerabilidade). Já a segunda esfera discute a intervenção preventiva, voltada para aspectos clínicos, por meio da realização de diagnósticos específicos e intervenções terapêuticas direcionadas, preferencialmente em hospitais especializados, unidades de saúde e ambulatórios. Um exemplo desse tipo de intervenção é a realização de diagnóstico precoce de psicose, uma vez que, mesmo após os sintomas, as pessoas demoram um tempo para iniciar o tratamento. A terceira esfera, ou nível, da prevenção que podemos discutir aqui são aquelas que buscam amenizar ou diminuir o progresso e os riscos de uma doença e promover capacidades e possibilidades àqueles pacientes crônicos, prevenindo o retorno da doença ou sofrimento. Esse tipo de

proposta é encontrada, geralmente, em centros e hospitais psiquiátricos especializados, centros de reabilitação e instituições asilares.

Podemos perceber que, se tomarmos os três níveis de prevenção na comparação das falas das entrevistas, veremos proximidade entre as percepções e as práticas realizadas. Embora, é necessário destacar, como enfatiza Oliveira (2012), que ocorre ainda desencontro no uso das terminologias, prevenção e promoção, causando, conseqüentemente, prejuízo no entendimento das práticas preventivas.

O tratamento em saúde também surgiu em uma das falas, porém a partir de uma perspectiva ou compreensão mais ampla de saúde, a qual considera aspectos sociais, suporte familiar, limites da instituição e responsabilidade do paciente sobre o tratamento, embora em todas as falas se destaque o uso da medicação como uma das propostas tratamento do CAPS:

Não existe o paciente dá conta de seu tratamento sozinho, não existe a unidade dá conta por ele e não existe a gente dá conta, eu e o paciente, nós eu e o paciente, sem um apoio social, seja ele da família, do vizinho, de um amigo, de um relacionamento, né? Então a gente trabalha muito em cima disso, tem a instituição, a instituição saúde tem um limite, a instituição social, suporte social, tem um limite e o paciente tem a responsabilidade dele, né? Do que ele quer com o tratamento, se ele quer melhorar ou não, se ele quer sair disso ou não, mais ou menos nesse sentido. (ENF1-CAPS)

Castiel, Guilam e Ferreira (2010) discutem em sua obra como os modos de estilos de vida saudável estão conectados a discursos da promoção da saúde, assumindo uma postura preeminente de culpar quem na verdade é vítima. Se por um lado o discurso atual sobre risco destaca pontos morais e racionais dos estilos arriscados de vida, por outro delega culpa e responsabilidade aos indivíduos pelos seus comportamentos (como o se alimentar adequadamente), não propondo foco na modificação de fatores macrosocioestruturais (como

busca pelo acesso a alimentação adequada para todos), sendo estes últimos os que são principais por desencadear comportamentos e estilos considerados de risco. O encontro dessas relações entre posturas arriscadas e estilos de vida é colocado em discussão, pois não se leva em consideração processos sociais, ambientais, emocionais e singulares que alienam nossos comportamentos. Ainda, quando recaímos sobre as noções de “vida ativa”, “saudável”, que são apoiadas por questionamentos mais cientificistas, trazem consigo ideias como de “autonomia pessoal” como significado de autocuidado e apenas de responsabilidade individual, jamais pautado por outros fatores como o ambiente, situação socioeconômica e cultura, por exemplo. Nesse sentido a promoção da saúde assume uma postura polêmica uma vez que preconiza discursos críticos ao sedentarismo e “vende” insistentemente, independente de qualquer contexto, a atividade física como sinônimo de saúde, por exemplo (Castiel, Guilam & Ferreira, 2010). Entretanto, ao pensarmos na promoção da saúde como um mecanismo de enfrentamento às situações de risco e vulnerabilidade, precisamos estar atentos se os conceitos e ideias que cada uma destas (saúde, promoção de saúde, risco, vulnerabilidade) implica, será suficientemente capaz de lidar com cada pessoa em suas particularidades e especificidades.

As percepções apresentadas nos relatos dos entrevistados sobre o tratamento em saúde no CAPS são semelhantes a aspectos encontrados em outras pesquisas, principalmente no que diz respeito à participação da família. Mielke et al. (2009) percebeu em sua pesquisa partir das falas de alguns participantes a necessidade e importância da inclusão da família no processo de tratamento do usuário no serviço uma vez que esta também se responsabiliza pelo tratamento do familiar, firmando, assim, uma parceria crucial. As autoras complementam atribuindo ao serviço estratégias que sejam capazes de alcançar as famílias dos usuários e outros pontos de apoio, considerando que, para o usuário, vivenciar o sofrimento psíquico é demasiado desgastante e o apoio e parceria com a equipe, a família e outros serviços é fundamental.

3.2 Equipe de Saúde da Família e NASF-AB: o cuidado da equipe e compreensão sobre promoção, prevenção e tratamento

3.2.1 Caracterização dos participantes nas equipes de Atenção Básica

Dentre os quinze profissionais que participaram nas USBFs, nove eram agentes comunitários, três enfermeiras e três psicólogas. Foram 14 mulheres e apenas um homem. Os participantes, em sua maioria, possuíam companheiro (a) e filhos. Suas idades variaram de 29 a 55 anos, o tempo de trabalho em serviços de saúde variou de 1 a 22 anos e a quase totalidade dos profissionais não teve qualquer tipo de capacitação antes de iniciar a atuação no serviço de saúde.

As características dos participantes na Atenção Básica são semelhantes à de profissionais que participaram em outros estudos. Cotta et al. (2006) apresenta em sua amostra de profissionais que integram equipes de Saúde da Família um maior número de profissionais do sexo feminino, com idades de 19 a 57 anos. Relata também que apenas os agentes comunitários de saúde receberam capacitação durante ou antes do início dos trabalhos, enquanto os profissionais de nível superior não receberam. No mesmo sentido seguem os dados de Costa et al. (2013), sinalizando que a partir 95 profissionais entrevistados com nível superior as idades circulavam entre 23 e 55 anos, 97,9% dos profissionais haviam recebido algum tipo de capacitação para o trabalho neste contexto e 80% eram do sexo feminino. Em outras pesquisas (Pinto, Menezes & Villa, 2010; Machado, 2000) apontam dados semelhantes, colocando as profissionais do sexo feminino como predominantes em contextos de saúde como na Atenção Básica. Todos os autores acima que se preocuparam em discutir sobre esse assunto, enfatizaram em algum momento a questão da feminização encontrado entre os profissionais dos serviços de saúde e, conseqüentemente, da Estratégia da Saúde da Família. De maneira geral acreditam que alguns fatores impulsionaram a entrada da mulher no mercado de trabalho não apenas neste contexto, mas em diversos outros também, como maiores níveis de educação

e escolaridade, mudanças da economia no cenário nacional e abertura de mercado de trabalho remunerado (Machado, 2000; Girardi & Carvalho, 2002; Cotta et al. 2006).

3.2.2 Atividades realizadas pelos profissionais da Atenção Básica

No Quadro 4 são apresentados dados gerados a partir das respostas dos agentes comunitários de saúde ao questionário de atividades realizadas (Apêndice 4). De maneira geral as atividades que se destacam realizadas semanalmente pelos ACS foram: os cadastros e atualização de cadastros das famílias atendidas, identificação e mapeamento das áreas de risco no território e orientação sobre os serviços oferecidos em unidades de saúde. Os ACS assinalaram também que, às vezes, sem frequência definida, atuam com serviços de outros setores, realizam visitas, identificação de necessidade de cuidado de saúde mental, ações de educação em saúde na comunidade e desenvolvem atividades de promoção e prevenção da saúde. As atividades que os ACS mais desenvolvem sozinhos são cadastros, atualização de cadastros das famílias atendidas e identificação e mapeamento das áreas de risco no território, enquanto as atividades que mais realizam em parceria são a atuação com outros serviços e outros setores, como escolas, creches e ONGs, nas ações de educação em saúde na comunidade e desenvolvendo atividades de promoção e prevenção da saúde.

Se seguirmos a discussão sobre as atividades realizadas pelo agente comunitário de saúde a partir de documentos e portarias mais recentes, temos a Portaria da Atenção Básica (Brasil, 2017), que visa estabelecer revisão de novas diretrizes para a Atenção Básica, atribui ao ACS não apenas a realização das atividades mencionadas, mas também uma gama de outras intervenções que, por limites do questionário, não surgiu. Dentre aquelas não questionadas, podemos citar aquelas realizadas em caráter excepcional, após treinamento específico e assistido por um profissional de nível superior como aferir pressão arterial e temperatura axilar, limpeza de curativos, indicar internação hospitalar e planejar, gerenciar e avaliar as ações

desenvolvidas pelos ACS. Sob a ótica desta política, os ACS devem sob a compreensão do território de responsabilidade das equipes de saúde da família buscar solidificar as ações integrativas de acordo com as necessidades de saúde da comunidade. Entretanto, segundo Pinto e Fracoli (2010) expõem que é percebido que ações direcionadas à potencialização dos indivíduos e grupos da comunidade não se configuram como práticas desenvolvidas em no seu dia-a-dia. Elas se diferenciam pois apresentam apenas o caráter administrativo do trabalho do ACS, reduzido pela coleta e lançamento de dados em planilhas, o que assegurará sua produtividade e controle de ações e garantirá a geração de recursos financeiros para o serviço, tornando o trabalho muitas vezes um “fazer por fazer”. Observado todos esses aspectos, as funções do agente comunitário dentro da Saúde da Família somado às transformações e novas responsabilidades que seu trabalho lhe encarrega, constrói um cenário onde a praticabilidade das cartilhas que direcionam e orientam seu trabalho fica prejudicada, seja pela grande número de “afazeres”, seja pelo incentivo em realizar apenas aquelas práticas que garantem a produtividade ou até mesmo, também observado nas unidades que participaram do estudo, a falta de agentes comunitários de saúde compondo as equipes.

O Quadro 5 apresenta os dados a partir do preenchimento do questionário por parte dos profissionais de enfermagem e psicologia das UBSFA e B (Apêndice 2). É possível perceber que grande parte das atividades eram realizadas semanalmente pelos profissionais, diferenciando-se apenas das atividades de reuniões de orientação e discussão de caso e outros serviços e mini-fórum como também a atividade de organização de eventos, eventualmente realizadas. Algumas atividades, como o acolhimento e o atendimento individual ou em grupo, eram realizadas apenas profissional ou em conjunto com outro profissional ou serviço. Já as atividades como elaboração de PTS (Projeto Terapêutico Singular), visita domiciliar, reuniões de orientação, organização de eventos, e reunião de equipe eram realizadas, grande parte das vezes, de maneira conjunta com outro profissional ou serviço.

Alguns resultados semelhantes são apontados por Souza, Matias, Gomes e Parente (2007) como realizados por profissionais da Saúde da Família, como a visita domiciliar, consulta, encaminhamentos, atendimentos, terapia comunitária e levantamento de casos. Todas as ações assinaladas pelos profissionais de enfermagem e psicologia das unidades básicas de saúde fazem parte das propostas da nova Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017). Nela se pressupõe que as equipes que atuam na Atenção Básica devem garantir a oferta de todos procedimentos e ações tomando em conta as necessidades e demandas de saúde da comunidade em cada território. Assim, dentro do limite de ações proposta pelo questionário, percebe-se o encontro das práticas dos profissionais aos direcionamentos da política. Além do mais, se considerarmos as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), fica a cargo dessas equipes buscar, junto a equipe da Atenção Básica, participar do planejamento conjunto das ações, propiciar integralidade do cuidado por meio dos pressupostos da clínica ampliada e realizar atendimento individual e compartilhado, discussões de caso, elaboração de PTS, intervenções no território, ações de prevenção e promoção da saúde e diversos outros.

Quadro 4: Atividades realizadas por agentes comunitários de saúde

	Questão 1 Cadastros e atualizações de cadastros das famílias atendidas	Questão 2 Identificação e mapeamento das áreas de risco no território	Questão 3 Orientação sobre os serviços oferecidos em unidades de saúde	Questão 4 Atuação com outros serviços de outros setores	Questão 5 Identificação de necessidade de cuidado em saúde mental	Questão 6 Acompanhar os usuários/famílias de sua responsabilidade por meio de visita	Questão 7 Ações de educação em saúde na comunidade (Questão 8 Desenvolver atividades de promoção e prevenção da saúde
Com que Frequência								
Semanalmente	7	4	6	1	3	4	4	4
Quinzenalmente								
Mensalmente				1		4		
Às vezes	1	5	3	8	4	6	4	4
Não respondeu	1					2		
Como faz essa atividade								
Sozinho(a)	7	5	3	1	2		2	3
Junto com outro profissional ou serviço	1	2		8	3	1	6	6
Não respondeu	2	2	6					

Quadro 5: Atividades realizadas por profissionais de nível superior da Atenção Primária

Como que Frequência	Questão 1 Acolhimento	Questão 2 Atendimento individual	Questão 3 Atendimento em grupo	Questão 4 Atuação como profissional de referência	Questão 5 Elaboração de PTS	Questão 6 Reuniões, atendimentos, Grupos com familiares	Questão 7 Visita domiciliar	Questão 8 Contato com profissionais de outros serviços para discussão/articulação de casos	Questão 9 Reuniões de orientação e discussão de casos em outros serviços ou mini-fórum	Questão 10 Organização de eventos	Questão 11 Organização ou participação em conselhos e comitês	Questão 12 Reunião de equipe
Semanalmente	5	4	4	5	1	4	3		1			5
Quinzenalmente		1				1	1					
Mensalmente			1					2	4	3	1	1
Às vezes					4		1	3		2	1	1
Não respondeu												
Como faz essa atividade												
Sozinho(a)	3	4	3	1		2	2	1	4	5	1	1
Junto com outro profissional ou serviço	5	2	3	2	4	1	4	2	4		1	4
Não respondeu			1		1		1	2	1			

3.2.3 Cuidados segundo profissionais das UBSFs e NASF-AB

A figura a seguir, como proposto anteriormente para o CAPS, busca ilustrar como ocorre o fluxo do usuário nas Unidades Básicas de Saúde da Família participantes do estudo, desde sua entrada, considerando as formas como tem acesso à unidade, o acolhimento realizado, a classificação de risco, as ações realizadas a partir da inserção do usuário ou, quando necessário, encaminhamento para a CAPS, como também abordar, além de algumas dificuldades, a utilização de recursos no território como parcerias.

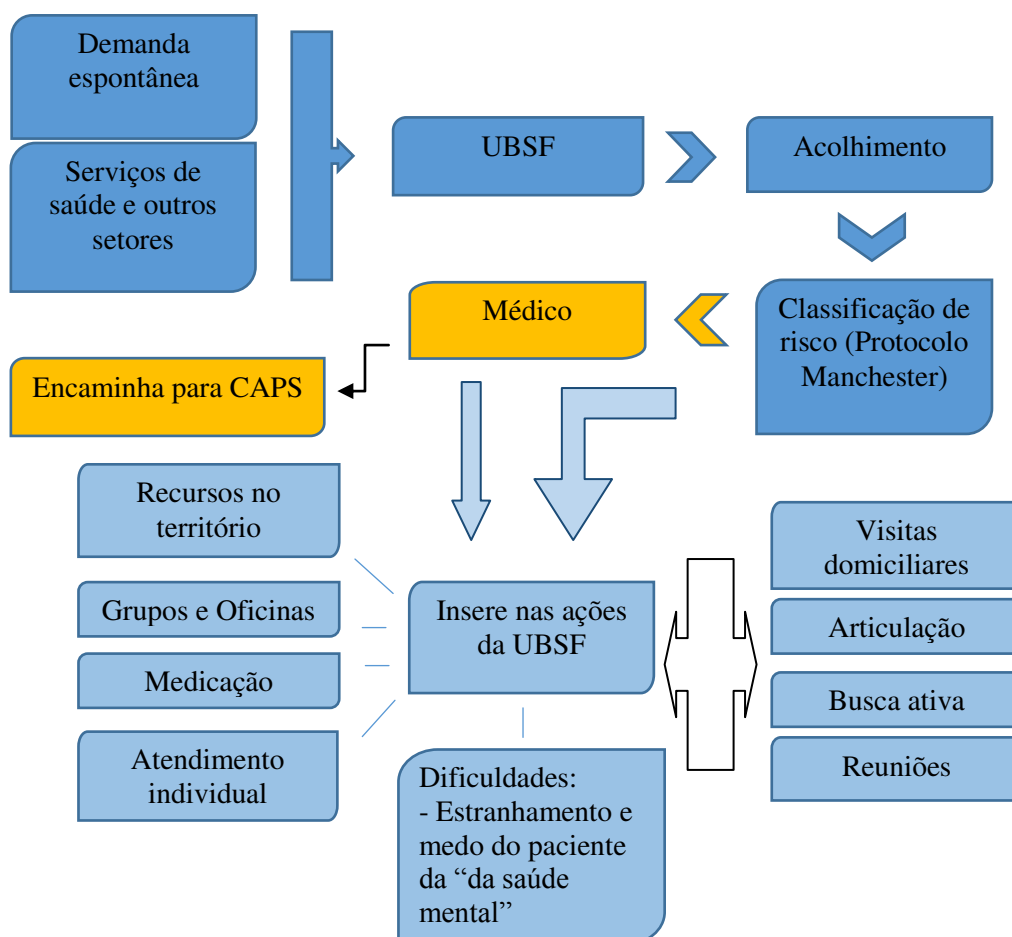


Figura 2 – Fluxo de usuários que chegam à Unidade Básica de Saúde da Família: inserção em atividades na unidade e encaminhamento para CAPS

Partindo do percurso que a Figura 2 descortina, temos as percepções dos profissionais sobre as formas com que, geralmente, as pessoas chegam ao serviço. Por um lado, é apontada a demanda espontânea, quando a pessoa já conhece o serviço e os cuidados prestados. De acordo com os profissionais, nesses casos, geralmente as pessoas chegam se queixando de não estar passando bem, com ideação suicida, ouvindo vozes, com sinais de ansiedade, depressão, agressividade, inquietação, desorganização e uso irregular de medicação. Por outro lado, quando perguntados sobre a demanda do serviço, os profissionais sinalizaram que a outra forma mais comum de chegada das demandas ocorre pelo encaminhamento por outros serviços, como CAPS e escolas. Nas entrevistas foi destacado por alguns profissionais o fato de estar chegando com bastante frequência adolescentes com automutilações, reclusão e questões com a sexualidade:

É o jeito deles conversarem com a gente, o jeito deles tratarem, o olhar deles sabe, eles ficam meio agressivo, meio inquieto, é... fica andando para lá e para cá assim ó... sabe? Parece que eles têm medo eu não sei. (ACS1-UBSFA)

Que tem hora que você chega e fala “não, essa pessoa não é do jeito que eles falam” e na outra vez que você vai ele já está totalmente transtornado, totalmente sem remédio, às vezes porque não consegue. Aí por eles ficarem sem remédio, eles ficam agressivos, eles te xingam, é assim. (ACS2-UBSFA)

Demanda de saúde mental geralmente chega na recepção com alguma queixa que não está passando bem, ideação suicida ou ouvindo vozes, né? (ENF1-UBSFA)

Eu deixo a demanda das mulheres, mas o perfil delas é muito parecido, então queixa de ansiedade, depressão, é a grande maioria, ou é ansiedade, depressão, comportamental, algumas personalidades, mas o perfil geral é ansiedade e depressão. (PSII-UBSFB-NASF-AB)

Eles (do grupo de adolescentes) chegavam na unidade, pela escola, pelos pais, chegavam...” E: Com alguma queixa? “Sim. Depressão, com cortes de mutilação, ficar fechado muito no quarto, com aquela visão de internet, fixação com internet, pelo celular(...) era isso, homossexualidade. Mais essas questões. (PSII-UBSFA-NASF-AB)

Vale destacar aqui também a fala de uma profissional que questiona alguns convites e orientação realizados pelos agentes comunitários de saúde para ir até o serviço para acolhimento da enfermagem ou psicologia por compreenderem e relacionar o luto como uma demanda de clara de saúde mental, como se fosse um transtorno mental crônico:

Então às vezes eles (ACS) confundia, ah alguém acabou de perder uma pessoa, está muito triste, eles chegavam desesperados, tinha que ter atendimento psicológico. Então a gente tinha que falar o que era luto, tinha que falar o que era tristeza patológica, que que era uma depressão, para ajudar eles nessa identificação no território, né? (PSII -UBSFB-NASF-AB).

Bandeira, Freitas e Carvalho Filho (2007) demonstram em seu trabalho que grande parte dos usuários que buscam o serviço trazem consigo questões relacionadas ao sono, ao desejo de morte, psicossomáticas e estresse psíquico. Dessa forma, os

autores enfatizam a necessidade de mais atenção nos atendimentos para questões de saúde mental na Saúde da Família, no sentido de detectar os sintomas, prestar cuidado, orientação e encaminhamentos para outros serviços. Com achados semelhantes, Molina et al. (2012) atribuem que a grande ocorrência de usuários do serviço levando sinais da depressão pode indicar a realidade da população estudada, como em zonas de periferia da cidade e menos favorecidas, situação semelhante às Unidades Básicas de Saúde da Família participantes deste estudo. Ainda, é importante discutir o destaque na incidência de adolescentes chegando nas unidades de saúde com questões de saúde mental. Assim, vale destaque que, no Brasil, cresce a cada ano as solicitações para intervenções psicológicas de crianças e adolescentes nas unidades de atenção básica à saúde. As demandas que os levam a buscar o serviço estão relacionadas queixas de dificuldade e aprendizagem e problemas de comportamento. (Jimenez, 2011; Cabral & Sawaya, 2001).

Além do mais, percebe-se também que os usuários de saúde ainda buscam por serviços pautados no saber médico, nas medicações e nas intervenções individualizantes:

A população de modo geral ela demanda muito esse atendimento individualizado e se você não tem consigo mesmo qual é o papel do psicólogo no NASF, é nessa hora que você se perde, você começa a agenda de individual, né? Então hoje eu faço então, dar continuidade na pergunta, o atendimento compartilhado com as enfermeiras, atendimento compartilhado inclusive com os médicos... (PSII-UBSFB –NASF-AB).

Alguns que a gente acha que precisa do individual chama para o individual, né. E vai acompanhando. Outros(...) É(...) pacientes mesmo que eu atendo

individualmente e porque teve alta do CAPS ou que nunca passou pelo CAPS e não está muito bem, a gente faz orientação. (PSI1-UBSFA-NASF-AB)

Aqui no caso, é... a gente percebe aqui na nossa unidade que muitas pessoas não participam do grupo, que as pessoas estão acostumadas da parte curativa, né. De vir, pegar o remedinho e muitas das vezes se não sai sem o remedinho eles não saem contentes, parece que não está bom. (ENF2-UBSFA)

Lima, Severo, Andrade, Soares e Silva (2013) enfatizam que ainda ocorre o predomínio do saber biomédico na rede, reforçando e reproduzindo ferramentas e conhecimentos especialistas na resolução das demandas. Abordam ainda que os profissionais mantêm a reprodução de diagnósticos e receitas, sem direcionarem seu diálogo à outros saberes científicos e as particularidades da pessoa. Um exemplo de movimento semelhante é a constatação de uma prática terapêutica ainda pautada na utilização de psicotrópicos, a partir da reprodução de receitas, o que pode ocasionar o consumo fixo e dependente de medicamentos na vida do usuário (Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Morais, 2005). Assim, é percebido que o trabalho em saúde ainda utiliza os pilares das relações de poder voltados ao saber médico, sem a elaboração de um trabalho conjunto, mas isolado, prejudicando a prática integral e interdisciplinar. Ou seja, percebe-se que no dia-a-dia ocorre a reprodução de uma prática segmentada pendendo sempre à repetição do modelo central médico (Costa, Jorge, Vasconcelos, Paula & Bezerra, 2014; Medeiros 2010).

Independente das formas que as pessoas chegavam no serviço, a próxima etapa se caracterizava como um momento importante para a construção da sequência do cuidado, do tratamento. Assim após apresentar sua queixa na recepção da UBSF, ocorria o acolhimento. O acolhimento no serviço era realizado com base no Protocolo

Manchester, sistema que classifica com cores a gravidade do caso. Após a classificação, os casos passavam para a responsabilidade do médico que decidia se o usuário do serviço seria encaminhado para ou CAPS ou não:

Lá na recepção já coloca assim: fulano, ideação suicida. Nós acolhemos e encaminhamos o paciente. O médico fala 'não, esse aqui é um caso que tem que encaminhar para o CAPS, não dá para eu poder resolver aqui agora', né? Então a gente tem um CAPS [referência do distrito sanitário] que dá esse suporte para a gente. (ENF1-UBSFA).

Eu já acolho ele primeiro, para não ter um transtorno ali também na recepção, então acolho e já passo no médico na hora para ele resolver. Então é rápido, não é demorado esse acolhimento. (ENF1-UBSFA)

Os que a gente acham que precisam, não só esses casos, mas casos de ideação suicida, no caso dessa menina que veio de fora, são casos que a gente acha que(...) aí eu acho que está precisando (de atendimento) e coloco vermelho, entendeu? (PSI1-UBSFA-NASF-AB)

A fala das profissionais conta como as noções do acolhimento e da classificação de risco se confundem, prevalecendo uma lógica de triagem de acordo com a gravidade do caso que chega no serviço de saúde. Fica entendido também o enrijecimento das ações e propostas que se seguem a partir da classificação do risco, o que impossibilita, em grande parte, uma atuação livre e autônoma dos profissionais, estando todos presos em protocolos enquanto buscam prestar cuidados. Além disso, a decisão não parece ser tomada após discussão em equipe. A consulta médica é o espaço no qual a avaliação

sobre uma pessoa ser caso para a ESF ou o CAPS é tomada, a partir da visão do médico, segundo as entrevistadas. Isso coloca o médico como profissional central na avaliação da demanda de saúde mental nas unidades pesquisadas, excluindo o diálogo com o NASF-AB. Nesse sentido, percebemos uma proposta de acolhimento que possui momento determinado, não se perpetuando no cotidiano dos profissionais e do serviço, segue os moldes da entrevista/triagem tradicional que classifica o usuário (Sheibel & Ferreira, 2011).

Ainda que Silva, Barros e Torres (2012) pontuam que os profissionais passaram a ter maior autonomia a partir da implantação do acolhimento nos serviços de saúde, uma vez que podem se configurar como espaço resolutivo da demanda e das condutas, apontam que dificuldades surgiram a partir da implementação da classificação de risco nos serviços de saúde, como a aceitação dos profissionais a esse novo modelo. No mesmo sentido, discutem que os profissionais receiam também, a partir da vigência da classificação de risco nos serviços de saúde, a perda da autonomia e resolubilidade arranjada ao longo do tempo. Teixeira, Oselame e Neves (2014) discorrem que a incorporação do Protocolo nos serviços de saúde tem apresentado eficiência, principalmente no controle dos casos acompanhados, possibilitando informações mais concretas ao Estado. Ainda acreditam que a resistência a esse novo modelo pode ocorrer por conta do desconhecimento e despreparo dos profissionais sobre o Protocolo, então propõe que capacitações contínuas são fundamentais para se desenvolver uma percepção questionadora sobre o seu modo de atuação a partir desse novo formato.

Entretanto, conforme explicam Volmer e Bridi Filho (2016), o Sistema de Triagem Manchester, instrumento utilizada mais comumente por profissionais de enfermagem na classificação dos casos, como relata uma enfermeira entrevistada, foi elaborado em um formato clássico de atendimento direcionado às questões clínicas, ou

seja, ligado diretamente aos conceitos e modelo biomédico. Quando pensado dessa forma, se prevalece a atenção ao corpo, a procura dos sintomas e, assim contatado, elabora-se o protocolo, medica-se e colhe resultados. Sendo assim, para além de protocolos, os serviços de saúde precisam estar adaptados a desenvolver educação permanente aos profissionais com foco no trabalho conjunto e problematizador de questões interiores ao serviço, à gestão, buscando potência nos espaços de trocas e discussão entre os trabalhadores com objetivo de melhorar as práticas de cuidado. Dessa forma, se tomados os discursos e a forma como os profissionais por vezes se (des)articulam para agir sobre os casos, percebemos ainda uma postura e uma lógica tradicional de UBS no contexto de trabalho das equipes de saúde da família, onde o médico avalia e decide sozinho a sequência do cuidado, sem que haja, em alguns momentos, um espaço de troca e um trabalho elabora pela equipe.

Se refletirmos sobre falas como as anteriores, percebe-se um movimento no serviço que reflete sobre o saber médico como dominante nas decisões. É observado uma lógica de passagens de casos e não um mecanismo de discussão conjunta, compartilhada, que proporcione uma visão integral e ampliada dos aspectos levantados pelo usuário do serviço. Em outras falas percebe-se a mesma dinâmica pelos agentes comunitários de saúde, entretanto direcionadas às chefes de equipe, como as enfermeiras, ou então às psicólogas e assistentes sociais. Acontece uma entrega da responsabilidade para outro profissional no atendimento daquele paciente quando existe a necessidade de que se tenha logo uma resolução:

Eu estava ali em uma confraternização e as ACSs já veio contar um caso de um paciente assistido dele para eu ficar a par que depois semana que vem já vão trazendo. (PSII-UBSFA-NASF-AB)

Não... eu saio, cheguei da minha visita eu vou lá converso com a [enfermeira], a [enfermeira.] passa pra assistente social ou eu mesma venho e converso ó “Tem fulano no endereço de tal, acho que precisa de ajuda com a psicóloga, né – aliás, tem a psicóloga – e tal, aí a gente vai lá. (ACS1-UBSFA).

As falas acima destacam uma “informalidade” na discussão dos casos. Não identificamos um momento de encontro NASF-AB-equipe mínima da ESF para discussão sobre casos a serem cuidados conjuntamente com o apoio dos especialistas do NASF-AB. A lógica parece muito mais o encaminhamento a especialista, seja o assistente social ou psicólogo. Aqui é importante enfatizar também a proposta de apoio matricial entre atenção primária e NASF-AB e o papel deste na atenção primária, uma vez que o matriciamento, como ferramenta utilizada pelo NASF-AB, surge para propiciar a exclusão da lógica de encaminhamentos aos especialistas e serviços especializados sem que, antes, haja uma reflexão sobre o exercício de cuidar das equipes de forma interdisciplinar e integral, podendo assim, através do trabalho conjunto, aumentar a capacidade resolutiva de problemas nas equipes e serviços locais (Penido et al. 2010). Passagens de caso como as percebidas aqui foram observadas em serviços não só de Estratégia de Saúde da Família, mas também em CAPS. De acordo com Delfini e Reais (2012), movimentos como esse sinalizam que não ocorre compartilhamento do projeto dos usuários, que acaba sendo pensado de forma isolada. Segundo os autores, dinâmicas como esta reforçam a desarticulação das práticas e uma frágil relação entre os equipamentos, o que impede um atendimento pensado a partir da integralidade e transdisciplinaridade.

Também na atenção primária, a realização de grupos, oficinas e as visitas domiciliares surgem como formas de cuidado e tratamento aos usuários, compreendidos

como “pacientes da saúde mental” pelos entrevistados, a partir de sua inserção no serviço. Os grupos e oficinas são compreendidos pelos profissionais como um espaço de troca de vivências, para orientações sobre medicamentos e trocas de receitas, enquanto as visitas funcionam como uma forma de estar próximo ao usuário e orientar a família na sequência do acompanhamento:

É. A gente faz grupos mensais de grupos de trocas de receitas. Ontem teve um. Tinham 18 pacientes. Eles vem todo mês e já tem um tempo que a gente trabalha com eles, eu e a enfermeira, enquanto o médico faz(...) troca as receitas e a gente vai acompanhando. (PSI1-UBSFA-NASF-AB).

Grupo de saúde mental visando a troca de receitas e orientações, dinâmicas, né? Às vezes participa médico, né? A gente convida ou então eu mesmo que trabalho algum tema com eles. Mecanismo que a gente usa, a gente orienta aqui na sala, a gente apresenta alguns vídeos, né? De relatos, né, de algumas pessoas que aderiram ao tratamento e tiveram sucesso, a gente trabalha muito nos grupos, né? Através de relatos. Trocas de experiências entre eles... Nas visitas domiciliares a gente conversa muito com o familiar, né? Como que está a adesão dele ao tratamento. Então o familiar nos ajuda bastante em cobrar isso do paciente e a gente enfatiza isso muito também nos grupos operativos, né? A importância de não romper o tratamento sem indicação médica. (ENF1-UBSFA)

Com as mulheres já teve uma fase onde eu fiz também temático, é... mas, o que que acontece, como a demanda é muito grande de mulheres eu preferi fazer um grupo semiaberto. Hoje, eu tenho um grupo que já tem quinze mulheres e a

média de frequência é de doze a treze pessoas, está sempre frequente semanalmente, por esse motivo eu falei agora não mande mais para o grupo, até esse momento era aberto, agora eu fechei, para abrir um novo grupo, porque a demanda é muito grande.. (PSI1-UBSFB-NASF-AB).

No grupo de mulheres uma das coisas que eu tenho é fazer a cada dois atendimentos terapêuticos, um terceiro eu incluo alguém da atenção básica para falar de algum assunto aí é temático, a enfermeira vem para falar de algum tema, a médica vem para falar de saúde da mulher, a nutricionista vem falar da alimentação, o educador físico vem falar da atividade física, então dois terapêuticos e um temático, dois terapêuticos, um temático. (PSI1-UBSFB-NASF-AB)

É aberto, geralmente a gente tem realmente uma oficina, a gente desenvolve um trabalho, até recente a gente desenvolveu a grande maioria oficina de confecção de tapetes, né? (PSI1-UBSFB-NASF-AB)

Faço oficina terapêutica com pacientes crônicos que são egressos de CAPS ou pacientes crônicos, às vezes o paciente nunca participou de CAPS mas é um paciente crônico ai ele faz parte dessa oficina terapêutica que acontece quinzenalmente. (PSI1-UBSFB-NASF-AB).

Percebe-se nas falas das entrevistadas alguns exemplos de grupo voltados para o público assistido no serviço com questões de saúde mental. Além do grupo de adolescentes, relatado anteriormente, percebe-se aqui um grupo que assume uma

estratégia de cuidado direcionado à renovação de receitas médicas que, além da proposta de troca e renovação dos medicamentos, são realizadas dinâmicas e orientações sobre a utilização dos remédios e outras queixas levantadas pelos participantes do grupo. Semelhante a esse grupo, surge nas falas também o grupo de mulheres que chegam na unidade com diagnósticos quase todos parecidos, sintomas, queixas e demandas. Ao contrário do grupo de troca de receitas, o grupo de mulheres apresenta uma estrutura mais aberta, flexível e diversificada onde são trabalhadas temáticas levantadas de acordo com as suas demandas. Foi destacada também a realização de uma oficina terapêutica para usuários ditos crônicos que também apresenta uma estrutura aberta, porém com a utilização de uma atividade manual.

A partir dos relatos podemos pensar que as práticas grupais, como o grupo de mulheres e de troca de receitas, podem, por um lado, propiciar espaços informativos, de trocas de vivências e de possibilidades de cuidado, mas por outro lado, ainda vemos os grupos a partir de uma prática pautada em mecanismos e ferramentas que propiciem a reprodução ou transmissão de conhecimentos na ótica da educação em saúde, fomentando cronificação do usuário e a perpetuação da repetição da receita, como no caso do grupo de medicação. Além disso, nestes momentos os cuidados podem segmentar os usuários apenas pela sua queixa, ignorando as possibilidades que podem ser construídas a partir de outras intervenções que permitam a produção de vida e conseqüentemente de saúde de cada usuário em seu contexto de vida. As oficinas, como as de tapete, que são direcionadas aos usuários crônicos da unidade de saúde da família, utilizam uma estratégia que remonta ao hospital psiquiátrico, e tanto podem ser usadas para ocupar o tempo como para construção de espaços que permitam a expressão de afeto, de sentido e de linguagem não apenas verbal, mas principalmente uma fala a

partir da produção, da história e do afeto que surge a partir das relações firmadas na atividade entre os usuários e os profissionais.

Como é previsto como fundamento do processo de trabalho pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), praticamente todos os profissionais dos serviços de atenção básica podem e devem realizar atividades em grupo direcionados aos usuários, famílias ou públicos específicos. De forma geral, as atividades em grupo devem possuir o objetivo de aproximar o usuário do serviço, corresponsabilizar o cuidado e vincular os usuários, as famílias e as equipes no processo de cuidado. Onocko-Campos et al. (2012b) mostram em seu estudo que os usuários apresentam dificuldades de se informar e tomar decisões sobre o uso de medicação, uma vez que se percebe que ainda ocorre nas unidades de atenção básica um tratamento pautado na prescrição de psicofármacos, pode tornar a prática do grupo de troca de receitas um momento informativo àqueles que fazem o uso de medicamentos. Entretanto os autores também lembram que as equipes de saúde ainda possuem dificuldades em construir diálogos que auxiliam transmitir informações de um conhecimento especializado de forma mais acessível aos usuários. Ainda que os usuários busquem informações por conta própria sobre seus tratamentos e medicamentos, compreendem também que há possibilidades de outras formas de tratamento, como o atendimento psicológico e práticas como as do Centro de Convivência, as quais dizem propicia mais auxílio que os medicamentos (Onocko-Campos et al., 2012b).

Silveira e Vieira (2009) discorrem sobre algumas modalidades de grupos presentes na atenção básica. Dentre eles pode-se destacar as atividades coletivas de promoção e prevenção à saúde, realizadas, grande parte das vezes, dentro do espaço do serviço por profissionais de enfermagem e psicologia. Atribuem também à estas práticas estratégias de produção do cuidado baseados na realização de grupos temáticos, como

em demandas e queixas específicas de saúde, e grupos não-temáticos, onde os temas são constituídos a cada encontro. Ou seja, ainda é percebido práticas e estratégias na atenção básica de enfrentamento ao adoecimento psíquico voltadas ao cuidado em saúde mental dentro dos muros da instituição.

Ainda que as práticas ocorram dentro do serviço, propostas como a oficina de confecção de tapetes podem surgir como alternativa dentro dos serviços, ou até mesmo em cooperativas, uma vez que as oficinas podem se apresentar não apenas como uma nova forma de lidar e tratar a loucura, mas também propiciar a vivência de trabalho a partir da confecção do produto da oficina, o que exerce intervenções na área da cidadania, podendo abrir novas possibilidades de vida. Vale acrescentar ainda que oficinas que utilizam formas manuais de se trabalhar abrem-se a diversos públicos e singularidades, buscando acolher a partir das múltiplas formas de linguagem, não só a verbal, mas principalmente pelo encontro dos afetos e das produções (Valladares, Lappann-Botti, Mello, Kantorski & Scatena, 2003; Pádua, Salum & Morais, 2010).

No mesmo sentido, as visitas domiciliares também surgem como uma das principais formas de chegar até o usuário do serviço uma vez que muitos destes possuem dificuldade de adesão às atividades propostas pelo serviço. Em outros momentos, aqueles usuários que não voltam a aparecer no CAPS, por exemplo, é solicitado, pelo CAPS, que a atenção primária faça visitas para se atualizar da situação:

E o paciente psiquiátrico também que muitas vezes o CAPS pede. O paciente que era caso de CAPS deixa de ir né, mas o CAPS entende a gravidade e pela falta de adesão ao tratamento lá, o paciente acaba sumindo, mas a gente precisa estar conhecendo esse paciente e aí em um primeiro momento tem que ser as visitas. A gente faz muito né. (PSII- UBSFA-NASF-AB)

Também se caracteriza uma atribuição comum aos profissionais da Atenção Básica as visitas domiciliares (Brasil, 2017). A visita domiciliar pode ser compreendida como ferramenta que propicia aproximação profissional/usuário/serviço, bem como aproxima o profissional à realidade e contexto do indivíduo. É importante que ocorra planejamento para as ações de visita com o objetivo de proporcionar a melhor intervenção e sugere-se que a visita seja feita por pelo menos dois profissionais afim de se obter visões complementares sobre a situação. É percebido que, quando em seu domicílio, o usuário pode expressar aspectos que na unidade pudessem ser ocultados ou não percebidos, sendo possível, por parte do profissional, considerar diversas dimensões constituídas a partir das relações sociais e do contexto. Mesmo que se compreenda que a visita domiciliar não será a ferramenta que irá solucionar os problemas ligados às ações na atenção básica, ela pode ser instrumento fundamental que colabore na reorganização do processo de trabalho do profissional de saúde, pois busca estabelecer proximidade com os problemas de saúde e compreensão ampliada em relação ao indivíduo (Garcia & Teixeira, 2009).

Segundo o relato das profissionais, os casos de saúde mental são discutidos uma vez na semana com a psicóloga do NASF-AB e uma vez no mês com o psiquiatra, presente apenas numa reunião que é chamada de “tutoria”, com a presença de diversos profissionais do serviço. A tutoria é o nome local atribuído ao matriciamento realizado pelo médico psiquiatra junto ao médico clínico que responde pela saúde da família. As profissionais relatam também que todos esses espaços de reunião servem também como local possível de retomada do PTS do usuário, desde as reuniões de equipe, como as reuniões com o NASF-AB e até as reuniões de “tutoria”:

Os nossos casos aqui (de saúde mental na unidade) a gente discute na compartilhada toda quarta-feira à tarde com a psicóloga e uma vez no mês com

o psiquiatra que vem fazer uma tutoria com a gente... e nas reuniões de equipe são semanais, toda quinta-feira, tem discussões de caso. Então nessa discussão de caso pode ser que tenha algum paciente de saúde mental também, aí a gente trabalha com toda equipe. Dentista, técnico em saúde bucal, técnica de enfermagem, os ACS, o médico, a enfermeira. Às vezes até a recepção participa em determinadas reuniões que precisa dela para discutir algum caso de saúde mental. (ENF1-UBSFA)

Então toda quinta a tarde nós temos um horário das três horas as cinco horas reservado para a reunião de equipe, então os PTS's acontecem nesses horários. Se caso, por ventura, a psicóloga não estiver nesse período, eu agendo o PTS para o dia da quarta-feira que é compartilhada com ela. É o dia que eu faço visita com ela, na quarta é compartilhada e o PTS. (ENF1-UBSFA)

As falas acima apontam uma aproximação do profissional de Psicologia que compõe o NASF-AB e as enfermeiras. No entanto, não há um encontro “da equipe NASF-AB”, que permita compreender os casos de modo mais complexo, pela participação de profissionais com diferentes especialidades na construção dos projetos de cuidado.

O paciente chega(...) vamos supor, através da enfermeira, e faz o compartilhado. A gente discute e pensa "olha, precisa passar primeiro pelo clínico avaliar isso". Pede um exame, se for o caso, entendeu? Marca com um clínico se precisar, se precisar do acompanhamento. Então a gente discute(...) todas as tutorias de psiquiatria, acontece uma vez ao mês por causa da equipe.

Então tudo a gente discute com os médicos, quem ele acha que deve, quem eu acho. Então assim, é tudo muito democrático. (PSI1-UBSFA-NASF-AB)

É discutido com toda a equipe, né, cada caso. A gente reúne com toda a equipe e cada um determina um plano, para estar(...)com a família, com o próprio indivíduo, uma conduta.” (ENF2-UBSFA)

Ele (psiquiatra tutor) vai uma vez por mês na unidade. Então por duas vezes no mês eu faço atendimento compartilhado com psiquiatra e o médico de referência. Então essa é outra forma de prevenção.” (PSI1-UBSFB-NASF-AB).

Propostas semelhantes a estas relatadas pelas profissionais também são percebidas em outras equipes de saúde da família. No estudo de Onocko-Campos et al. (2013) fica evidenciado dois modelos de reuniões e discussão de casos, sendo o primeiro mais ligado à própria organização da ESF, com reuniões semanais regulares para construção de projetos e discussão de casos e, pelo menos quinzenalmente, com presença do apoio matricial por meio da equipe de NASF-AB. Já o segundo modelo de reuniões era pautado pelo apoio matricial da saúde mental (profissional/equipe especializada), porém com frequência menor, sendo mensalmente, e com propósito não só de discussão de caso, mas também de capacitação. Essa proposta parece semelhante à proposta relatado pelos participantes quando nos momentos de reunião de equipe e discussão de casos semanais, também com NASF-AB, e as “tutorias” mensais, com profissional especializado. Lima et al. (2013) acreditam que para fortalecer um cuidado territorializado, é imprescindível a condução das ações por parte do NASF-AB, desenvolvendo ações conjuntas a partir da proposta, saberes e experiência dos profissionais da atenção primária. Ações nesse formato são fundamentais para a

superação da estigmatização da loucura, que reforça a fragmentação do sujeito com sofrimento psíquico às práticas médicas, especialistas e medicalizantes.

As reuniões semanais propostas no serviço junto a equipe de NASF-AB e as reuniões mensais com profissionais especializados de saúde mental (como equipew de CAPS) podem assumir uma configuração de apoio matricial considerando que, de acordo com (Onocko-Campos et al. 2013) são momentos de troca técnico-pedagógica fundamental na definição dos fluxos, qualificação das equipes e na promoção do cuidado compartilhado. É uma maneira de trabalho que, desenvolvido junto a práticas de reunião, permite ampliar a resolutividade, transformar a lógica da referência/contra referência, planejar ações intersetoriais ampliadas, elaborar PTS em parceria e responsabilizar diversas instituições no processo de cuidado à saúde mental (Onocko-Campos et al. 2013). Assim, se torna fundamental fortalecer o Apoio Matricial como a estratégia mais valiosa de trabalho do NASF-AB (Lima et al., 2013). Em outras palavras:

Estamos falando da potencialidade do matriciamento em facilitar, por meio de sua proposta de cogestão, a construção de redes conectadas e solidárias, de espaços de controle social, de parcerias intersetoriais, de promoção da saúde, de análise do cotidiano, do processo de trabalho, da rede, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço – que deve se dar a partir das necessidades dos sujeitos e famílias, das características do território e da rede de relações que ali se estabelecem. (Iglesias, Avellar & Dalberto-Araujo, 2016, pp. 198-199)

Ainda, nesse mesmo sentido, foi possível perceber pelas falas das entrevistadas a busca de práticas e ações extra serviço, articulando com outros serviços e dispositivos do território que possam oferecer um cuidado compartilhado intersetoriais, como com

escolas e os centros de convivência, deixando de lado a visão limitada à doença do usuário do serviço:

Porque o paciente também se excluía, dos ambientes, dos espaços, então hoje quando a gente vai né, a gente insere paciente na escola, hoje nós temos da nossa oficina de pacientes crônicos, nós temos acho que quatro pacientes que retornaram para a escola, que a gente foi fazendo trabalho no EJA, né? Para ele voltar, para estudar, aí eles vão falando das dificuldades, que não está dando conta e a gente dá um apoio, a gente faz um contato com a escola, porque tem coisas que realmente é difícil por conta do uso da medicação, tem um limite de cobrança, precisa da parceria da escola. Tem o centro de convivência que a gente faz parceria com o paciente com o trabalho com a parceria do centro de convivência, sempre que a gente pode a gente está realmente circulando na comunidade junto com eles, então assim, é uma forma de dizer para o paciente, muito além de um CID ou F né? (PSI1-UBSFB-NASF-AB)

De fato, além da atenção básica oferecer práticas relacionadas à serviços do mesmo setor saúde, na atenção à saúde mental são necessárias políticas intersetoriais interligadas, proporcionando a ampliação das possibilidades dos serviços e desenvolvendo integração dos atores e serviços (Souza & Rivera, 2010). As parcerias formadas pela atenção básica e os outros serviços da rede, como escolas, igrejas, centros de convivência e associação de bairros, são percebidas como fundamentais, principalmente nos casos com grande vulnerabilidade social. Ainda que investir em formatos de trabalho como este seja o ideal, a prática da intersetorialidade encontra-se longe de ser alcançada. As parcerias entre as UBS e outros serviços da rede foram reconhecidas como importantes, principalmente em casos de grande vulnerabilidade

social; mesmo com investimentos nessas parcerias, a intersetorialidade parece estar longe de ser alcançada (Onocko-Campos et al., 2012b).

Algumas dificuldades foram observadas na atenção básica a partir dos relatos de algumas profissionais. Elas apontam a difícil relação de profissionais que apresentam barreiras, como o medo, no trabalho direcionado à saúde mental:

Então às vezes trabalhar com o profissional da área da saúde mais essa questão, para perder essa barreira com o paciente de saúde mental, porque muito falam assim 'é saúde mental?' já dá uma afastada 'meu Deus', né? Então perder um pouco essa barreira, então poderia ter mais trabalhos em relação a isso. (ENF1-UBSFA)

Exatamente, mas assim, o estar, não dava conta de estar. Por que as vezes não precisa falar nada não, é o estar junto. E aí assim, quando nós começamos a oficina ela ficava em pânico. O dia que era dia de oficina que ela ia junto comigo, ela entrava em pânico, ela morria de medo dos pacientes, né? Aí eu ficava pensando como que pode um profissional que conhece, ela na verdade representa essa equipe aqui, né? E morre de medo do paciente. (PSI1-UBSFB-NASF-AB)

Vasconcelos et al. (2012) argumentam que os profissionais acreditam que ainda exista dificuldade no manejo com o usuário do serviço com transtornos mentais por conta de uma formação insuficiente, o que causa insegurança para desenvolver ações em um campo delicado com o da saúde mental, e também dificuldade na superação de paradigmas psiquiátricos, imaginário social e estigmas, como o medo, relacionados às pessoas com transtorno mental. Na tentativa de enfrentar problemas como este, o

matriciamento pode proporcionar um novo modo de olhar da equipe, estabelecendo um trabalho em função da produção de cuidado a partir das tecnologias leves e da corresponsabilização como mecanismos de estímulo aos trabalhadores, usuários e familiares produzindo saúde. No mesmo sentido, Lima et al. (2013) apontam que a principal ferramenta para qualificação dos profissionais de saúde e participação da equipe nos casos é a proposta do Apoio Matricial, pois contribui no fortalecimento, na capacitação dos profissionais e na participação conjunta das estratégias de cuidado.

3.2.4 Compreensão sobre ações de promoção, prevenção e tratamento realizadas pelas equipes de atenção primária

A promoção da saúde é compreendida pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família a partir da utilização dos grupos, porém é enfatizado a pouca adesão aos grupos no serviço:

E aí você faz essa parte de promover a saúde, de fazer os grupos e a participação é muito pouca, da população, então... e aí fica difícil né... E acaba que gera muitas consultas, que as vezes poderia estar sendo resolvidas nos grupos. (ENF2-UBSFA)

Souza, Colomé, Costas e Oliveira (2005) pontuam que as práticas grupais possibilitam o rompimento da clássica relação vertical existente entre os profissionais e os usuários, uma vez que esse tipo de estratégia demonstra grande importância na educação e promoção em saúde e facilita a expressão coletiva e individual das demandas dos sujeitos, as expectativas, a troca de experiência e os determinantes que encontram e influenciam o processo de saúde-doença. Santos, Da Ros, Crepaldi e Ramos (2006) apontam também que a metodologia dos grupos, por ser uma abordagem

direcionada a promoção da saúde, se constitui cercado de perspectivas interdisciplinares. Assim, os grupos aplicados no contexto do SUS, podem ser recursos fundamentais que apoiem a elaboração e aperfeiçoamento dos serviços nas práticas ligadas aos conceitos positivos de saúde. Para a promoção da saúde, o grupo funciona como alternativa urgente de atendimento interdisciplinar às crescentes demandas que surgem nos serviços de saúde.

As noções de prevenção são relacionadas pelos profissionais da atenção básica à práticas de orientar o paciente a realizar atividades físicas, por exemplo, junto a outros serviços e dispositivos do território:

Não, eu acredito que a gente aqui trabalha muito mais na prevenção, né? Do que em outro campo. Porque aqui a gente trabalha muito em orientar o paciente, o que ele deve e a gente vê um resultado muito bom em relação a isso, né? (ENF1-UBSFA)

Então assim, tem grupos vagos do Educador Físico, dos de zumba, grupos de caminhada, grupos da igreja aqui por exemplo, de artesanato maravilhoso. Então a gente vai usando as atividades que tem. Outra igreja aqui ta fazendo aula de música. Então a gente ta orientando, que é um trabalho de prevenção também, né? Tá conhecendo outras coisas, produzindo, interagindo com outras pessoas também. (PSI1-UBSFA-NASF-AB)

Se pensarmos que o modelo preventivo de educação e saúde se pauta no condicionamento de comportamentos individuais de saúde e não-saúde, pode-se dizer que o modelo apresenta problemas uma vez que centra seu princípio educativo em transformações do comportamento das pessoas propondo a crença de que a saúde é

resultado das escolhas que a pessoas faz, desconsiderando aspectos sociais e culturais que influenciam nas nossas escolhas (Souza et al., 2005). Assim, projetos de prevenção da saúde partem, primeiramente, do conhecimento epidemiológico visando elaborar estratégias orientado ao controle das doenças, com objetivo de controle e diminuição dos riscos a partir da mudança dos hábitos da pessoa oferecendo propostas às vulnerabilidades (Santos, Da Ros, Crepaldi & Ramos, 2006).

Também é percebido que os usuários do serviço de atenção básico ainda priorizam as intervenções medicamentosas, que se constituem para alguns como a única forma de adesão ao tratamento. Em relatos anteriores também é observado movimentos como este, onde não só os usuários atribuem, mas também os profissionais enxergam o uso do medicamento como forma de tratamento em saúde mental:

Eles preferem a medicação do que.. com uma orientação para uma caminhada, uma atividade física, grupo. Que nem eu falei, é mais fácil talvez, tomar a medicação. (ENF2-UBSFA)

Entretanto é fundamental, principalmente a partir de transformações nas práticas de saúde mental, a valorização da experiência do usuário no seu tratamento, o estímulo da autonomia e ferramentas que o auxiliem a buscar outras formas de se cuidar e redescobrir seus desejos e interesses, deixando de lado o diagnóstico, a doença e prescrição de medicamentos como pontos de partida do tratamento (Onocko-Campus et al., 2013).

3.3. Articulação e cuidado em rede?

O Quadro 7 apresenta um panorama dos serviços com os quais os profissionais de CAPS, UBSF e NASF-AB, que participaram deste estudo, realizaram contato para discussão de casos e articulação do cuidado.

Quadro 7: Instituições com as quais os profissionais dialogam para discussão de casos

Instituições com as quais tem mais contato para discussão de casos	Frequência de repostas dos Profissionais de nível superior da ESF	Frequência de repostas dos Profissionais de nível superior do CAPS
CAPS	06	-
UAI	01	04
CAPSi	03	-
UBS	01	04
CREAS	03	-
CRAS	01	01
CAPS ad	-	01
HCU UFU	-	01
APS	-	01
Hospital e Maternidade Municipal	-	01
PSF	-	02

Ficou evidente que, por parte dos profissionais de Enfermagem e Psicologia da atenção primária, o CAPS surge como o principal serviço de a ser contatado. Demais serviços de saúde com os quais se estabelece diálogo foram mencionados: Unidades Básicas de Saúde, o CAPS infantil, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e as chamadas Unidades de Atendimento Integral (UAI), que realizam serviços tanto de pronto atendimento como ambulatorial. Já os profissionais do CAPS destacaram uma gama maior de serviços na articulação do cuidado e discussão dos casos, sendo os mais apontados as Unidades Básicas e as UAIs. Foram destacados, ainda, outros serviços, como as Unidades de Atenção Básica de Saúde da Família, Hospitais Gerais, CAPS ad e o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.

A articulação da rede na prática

As reuniões entre os serviços CAPS e ESF surgiram nas falas das profissionais da atenção básica como uma das principais formas de articulação para discussão dos casos compartilhados. Já as falas das profissionais do CAPS revelaram os mini-fóruns como uma das formas de articulação que pode integrar o maior número de serviços possível para a sequência do cuidado conjunto:

Não, com o CAPS é tranquilo! A gente tem reuniões com eles quinzenais, terça-feira agora a gente tem, vamos lá trocar as figurinhas lá. E uma vez por mês com as enfermeiras, para a gente discutir os casos. (PSII-UBSFA-NASF-AB)

Toda terça-feira. E eu vou em uma agora dia 16. Então nós trabalhamos todos os nossos pacientes de saúde mental que estão lá no CAPS. Então essa reunião a gente faz com uma frequência, como eu coloquei, então já tem essa frequência toda terça-feira para discussão dos casos que estão sendo acompanhados no CAPS. (ENF1-UBSFA)

Quando o CAPS seleciona o mini fórum, a gente aciona quando o caso tá muito difícil de ser solucionado. Então normalmente a gente chama o CREAS, se for um caso que necessita o Conselho, porque tem criança envolvida, a gente aciona o Conselho. A gente aciona a atenção primária, é... e aí, a equipe do CAPS normalmente, um representante de cada área, vai para discutir o caso para dar a visão sobre a situação, né? Mas a gente também atende demanda da atenção primária e demanda do CREAS, ou até mesmo do Conselho Tutelar... (ENF1-CAPS)

Os profissionais da atenção primária relataram que outra dificuldade para articulação entre o serviço decorre do baixo número de ações realizadas pela equipe do CAPS no território, como visitas domiciliares, pois, de acordo com um relato, o território “pertence à atenção primária”, ficando apenas a cargo da unidade básica de saúde realizar as visitas: *“Então tem esse trabalho(...) essa coisa de CAPS, é de CAPS, e não tem como eles chegarem, o território é nosso, então a gente vai.”* (PSII-UBSFA-NASF-AB)

O final do trecho da entrevistada da APS que destaca que “o território é nosso” não aponta parceria, mas domínio, a existência de donos do espaço físico em que as pessoas residem... A articulação entre os serviços mobiliza uma proposta de rompimento aos padrões de assistência de modelos passados e direciona para a superação da razão médica, como também percorre para produção de novos modos de atenção e cuidado seguindo os princípios do SUS e as políticas públicas de saúde. O trabalho em conjunto propicia uma ação integral, corresponsabiliza o cuidado para a melhoria da qualidade de vida e saúde e propicia acesso aos serviços no território de acordo com as necessidades da pessoa. Apenas em rede se produzem mudanças e formatos de articulação como esta, direcionadas à construção de novas possibilidades na promoção da saúde fornece mais confiança aos trabalhadores para desenvolver ações ampliadas e de rede no território (Souza, 2006). É nesse sentido que o papel do apoio matricial segue, pois assegura um trabalho de apoio especializado em nível assistencial e técnico-pedagógico. Investir nessa ideia é fundamental pois a atuação dos serviços no território, não só a Saúde da Família, mas também o CAPS, compreendendo as relações sociais e emocionais do usuário é importante para consolidar os princípios da desinstitucionalização (Chiavagatti et al., 2012).

Bezerra e Dimentein (2008) abordam o entendimento da proposta do apoio matricial em se trabalhar no território, extrapolando os muros do CAPS e se articulando com a rede de saúde em sua totalidade, desempenhando uma assistência integral. Ainda que o CAPS ocupe um destaque reorganizando a assistência em saúde mental, é fundamental que os outros serviços da rede básica sigam os avanços do campo da saúde mental e suas transformações tecnoassistenciais. Podemos dizer então que o matriciamento possibilita o contato com a saúde a partir de uma perspectiva ampliada e integrada por meio do saber interdisciplinar ao mesmo passo que abrange a percepção dos profissionais de saúde mental usando o conhecimento das equipes em relação ao usuário, família e território e propõe responsabilidade compartilhada.

Foi observado também que os profissionais dos serviços fazem o uso do telefone e até mesmo aplicativos de mensagem para realizar contato entre os serviços no alinhamento e planejamento das ações:

Nada que o WhatsApp não faça né. A gente faz os contatos e a gente está com um paciente lá e daí agente ligou, eles vieram aqui e a gente visitou também.

Com o CAPSad é mais difícil, mas a gente liga. (PSII-UBSFA-NASF-AB)

Mesmo relatando algumas dificuldades, percebe-se que essas formas de contato se perpetuam na rede de saúde como uma das principais maneiras de se articular o cuidado entre os serviços, desde os encaminhamentos, até mesmo na condução e planejamento das ações conjuntas entre serviços. Foram abordados também pelos profissionais do CAPS alguns aspectos que dificultam a articulação e o trabalho entre as equipes, como a inexperiência com o público específico da saúde mental, a falta de manejo com o usuário e o imaginário de um paciente violento, agressivo, difícil de lidar:

Geralmente, os profissionais, assim, uma percepção minha, os profissionais [de outros serviços] que trabalharam em CAPS têm muito mais facilidade de articular com outros pacientes, enquanto que os que nunca trabalharam em CAPS tem um pouco de receio de trabalhar com saúde mental. No (UBSFA) mesmo a gente vira e mexe e a gente fica discutindo caso, “olha, mas ele é tranquilo, ele é um paciente tranquilo, não precisa ter medo”, então assim, depende muito. (PSI1-CAPS)

A gente trabalha com um público específico. É... então a gente vai criando um manejo, né?... E acho que sim, porque o tempo traz a experiência e a gente vai desenvolvendo uma capacidade que você não desenvolve em outros lugares, por ser um público muito específico. (ENF1-CAPS)

Como já pontuado e verificado anteriormente, a percepção desses aspectos dificultares não surgem apenas nas práticas dentro da atenção básica por seus profissionais, mas ocorre também na relação da articulação entre os serviços de saúde mental e atenção básica, segundo os profissionais do CAPS. Aqui, como anteriormente, vale lembrar sobre a função do CAPS e seus profissionais como serviço especializado que deve prestar apoio e capacitação às equipes de saúde da família afim de qualificarlos para o atendimento voltado ao público com transtornos mentais. Nesse sentido, além de empenho do CAPS para transformação de estigmas como esse, vale também esforço da equipe da atenção básica apresentar postura semelhante e contribuir para a construção do conhecimento e das ações não apenas dentro da unidade básica mas também com outros atores no território.

Por fim, destacamos o importante papel do NASF-AB na articulação entre os serviços e, ao mesmo tempo, a Nota Técnica MS/SAPS/DSF 3/2020 sobre o NASF-AB e o Programa Previne Brasil. A nota informa que estão revogadas as normativas que definem o NASF-AB e que, com isso, a desvinculação de equipes multiprofissionais, dando ao gestor “autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe”, podendo manter ou não profissionais cadastrados como NASF-AB no SCNES. Além disso, a nota esclarece que “A partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB” (p.1).

Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivos identificar a demanda em saúde mental e as ações de cuidados segundo equipe de atenção psicossocial e da Estratégia de Saúde da Família, com destaque para a compreensão sobre práticas e ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas à saúde mental e as formas de articulação de cuidado utilizadas pelas equipes de atenção primária e atenção psicossocial.

Foi possível perceber que, por parte do Centro de Atenção Psicossocial, as ações de cuidado desenvolvidas pautam-se em práticas direcionadas ao acolhimento, atendimento individual ou em grupo, a atuação como profissional de referência, elaboração de projetos terapêuticos singulares, contato e reuniões no serviço e com outros serviços, reuniões e mini-forúns. Foi possível traçar um percurso de cuidado que o usuário do CAPS percorre durante sua inserção no serviço, da chegada ao serviço, mediante seu acolhimento, até as práticas e ações desenvolvidas no processo de atenção e cuidado, sendo destaque o uso das medicações. Identificou-se dificuldades levantadas pelas profissionais, como as questões relacionadas à produtividade e falta de recursos materiais para a realização do trabalho. Foi possível observar ainda que os profissionais do CAPS apontam proximidade nos conceitos de promoção de saúde, prevenção e tratamento, o que sinaliza que as práticas podem ser realizadas de forma embaralhada e dificilmente separadas. Os profissionais enxergam a promoção da saúde como intervenções que auxiliam o paciente a buscar alternativas que o produzam sentido de vida e saúde, enquanto a prevenção é encarada a partir de intervenções clínicas e melhoras de agravos crônicos. O tratamento, apesar surgir de uma forma mais ampliada na percepção das profissionais, ainda se encontra preso nas práticas biomédicas, individuais e pontuadas pelo uso de medicação.

Nas Unidades de Básicas de Saúde da Família foi possível constar: primeiro, por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, a realização, predominante, de práticas voltadas para o levantamento de dados e preenchimento de planilhas e cadastros, com caráter mais administrativo ainda que realizadas a partir do contato com o território, com a realização de visitas e orientações. Porém esses profissionais pouco se engajam em atividades com os usuários realizados no serviço, como nos grupos. Ainda se percebeu uma lógica de passagem de casos aos profissionais de formação especializada, como os psicólogos, médicos e enfermeiros, sem que ocorra a discussão conjunta de propostas de planejamento de ações, deixando de lado a sua responsabilidade no processo de cuidado. Já as profissionais de nível de nível superior, enfermeiras e psicólogas, relataram realizar com mais frequência práticas de acolhimento, atendimento individual e/ou grupos, oficinas e reuniões no serviço e outros serviços, como o CAPS, construção e discussão de projetos terapêuticos singulares com a equipe mínima e com o NASF-AB, pelo menos uma vez na semana.

Como no CAPS, também foi possível desenhar uma linha de cuidado que os usuários percorriam enquanto inseridos nas atividades do serviço. As propostas de cuidado e atenção aos usuários da saúde mental na atenção básica partiam desde a chegada do usuário, o acolhimento e inserção nas atividades. As práticas de produção de cuidado e saúde eram os grupos, oficinas, os atendimentos individuais e em grupo, as visitas domiciliares, as reuniões de discussão de casos com a equipe do serviço, NASF-AB e em formato de tutoria, articulação com outros serviços e recursos no território e o uso de medicação. A principal dificuldade apontada pelos profissionais para a realização do trabalho foi o estranhamento e medo dos usuários do serviço com transtornos psíquicos por parte de alguns outros profissionais.

É importante também apontar que em ambos serviços, tanto no CAPS como nas Unidades de Saúde da Família, fica ainda evidente práticas pautadas no saber biomédico, como o uso da medicação como forma primordial de tratamento em saúde, além da lógica hierárquica profissional e médica ditando o andamento e as ações dos tratamentos e da resolubilidade dos casos presente nas unidades de atenção básica. Práticas como essas, protocolares, pautadas no saber médico e utilizando ferramentas de diagnóstico pautadas muitas vezes em triagens superficiais e mecânicas, se aproximam ao “trabalho morto” e das tecnologias duras de cuidado, ficando distantes das propostas de “trabalho vivo” e, conseqüentemente, das tecnologias leves de cuidado, e outros que também foram abordados anteriormente no texto. Ainda que o acolhimento, o vínculo e algumas propostas de trabalho em grupo ocorra de maneira diferente nos serviços, essas talvez sejam as formas de cuidado que as equipes utilizam e que podem apresentar maior potencial de se aproximar à uma proposta de trabalho pautado nas tecnologias leves, fugindo do enrijecimento das ações dos serviços e propondo maior autonomia, liberdade e criatividade na realização do cuidado e desenvolvendo um “trabalho vivo”.

A promoção da saúde foi percebida pelos profissionais como parte da proposta da utilização dos grupos e oficinas terapêuticas, práticas que, entretanto, apresentam ainda pouca adesão dos usuários com sofrimento psíquico na atenção básica. A prevenção foi relacionada às práticas que propiciavam orientação sobre a busca de modos de vida saudável, como as caminhadas e outras atividades físicas, porém, sem o questionamento de uma produção de saúde e enfrentamento da doença pautada nos potenciais da pessoa. Nas Unidades Básicas de Saúde da Família também foi possível verificar a grande atribuição as perspectivas de tratamento em saúde apenas à aspectos curativos e pela utilização de medicamentos.

A articulação entre os serviços também sinalizou uma gama de instituições parceiras ao CAPS, como, principalmente, as Unidades Básicas de Saúde, hospitais gerais ou enfermarias especializadas e serviços de outros setores, como o CREAS e o CRAS. As Unidades Básicas de Saúde da Família também apresentaram como principais parceiros no processo de cuidado o CAPS, principalmente, o CAPSi e o CREAS. Ainda sobre a articulação, observou-se que as dificuldades relatadas para se articular os serviços se encontram na inexperience com o público específico da saúde mental, a falta de manejo com o usuário e o imaginário de um paciente violento, agressivo, difícil de lidar.

A prevalência de contrato como terceirizados em do grande número de profissionais deste estudo indicam a lógica da produtividade colocada pelas empresas que gerenciam serviços de saúde pode se apresentar de maneira negativa e prejudicial para o trabalho dos profissionais, que se tornam reféns das metas e dos números a serem cumpridos.

Mesmo que foi possível perceber e discutir sobre várias práticas e ações de ambos serviços a partir das entrevistas, compreende-se que as participantes puderam não abordar aspectos suficientes das ações dos profissionais, assim a pesquisa se limita no sentido de primeiro: utilizar um instrumento de coleta fechado, que impossibilita a compreensão de demais ações e restringe o entendimento do quê e como pode ser de fato que ocorra as atividades; segundo: trabalhar a partir das percepções de apenas três categorias profissionais inseridas nestes serviços, os profissionais de psicologia, enfermagem e o agente comunitário de saúde, sabendo-se a variedade de outros profissionais presentes em serviços como estes, principalmente na atenção básica; terceiro: dificuldade em trabalhar com conceitos e práticas que ainda sofrem com o desconhecimento dos profissionais, como as de promoção da saúde, então fica evidente

que a formação, capacitação e qualificação deve ocorrer de forma continuada não apenas aos trabalhadores em saúde, mas também a partir de publicações e registros e contribuam para novas, e mais sólidas práticas de cuidado nesse contexto fortalecendo, no meio profissional, os conceitos que permeiam e direcionam os princípios de trabalho na atenção à saúde.

Sugere-se que outros estudos ampliem o escopo de participação de uma maior diversidade de profissionais e serviços que atuem na perspectiva da Reforma Psiquiátrica e prestam cuidado à população, bem como incluam, principalmente, os usuários destes serviços como participantes com a finalidade de compreender e refletir de uma forma mais ampla sobre as práticas que vem sendo desenvolvidas não apenas no contexto da saúde mental, mas também no contexto da saúde no geral.

A partir desta pesquisa, apresentamos algumas reflexões que podem ser tomadas como recomendações aos serviços para fomentar práticas intersetoriais, cuidado integral e multidisciplinar, também o fortalecimento da articulação e corresponsabilização do cuidado. Pode-se perceber que as noções de promoção e prevenção se assemelham, assim se torna difícil não apenas definir as ações que serão realizadas de acordo com as necessidades do público, mas também relacionar as ações já realizadas pelos profissionais nos serviços. Muitas vezes, mesmo realizando ações voltadas ao desenvolvimento da promoção da saúde, os profissionais não as compreendem como tal, o que dificulta a concretização de formas de agir que se relacionam aos pontos da promoção da saúde. Assim, é importante a educação permanente dos profissionais de saúde uma vez que os conceitos e as práticas sobre a promoção da saúde possam estar vivos no aparato teórico-prático dos profissionais de saúde, como também haja registros e mais estudos e reforcem e atualizem noções e ações a respeito da promoção da saúde.

Mais um aspecto importante de se destacar é referente a participação do NASF-AB na construção das ações da atenção básica. O NASF-AB exerce um papel fundamental junto à equipe da atenção básica por meio de suas intervenções não só com os usuários, mas também com os profissionais em reuniões e discussão de casos, promovendo a responsabilização do serviço pelos casos de saúde mental, quebrando a dicotomia e paradigma biomédico que separa os usuários entre os serviços. Assim, lidando com demandas de saúde mental, a equipe do NASF-AB não deve trabalhar de forma isolada, e sim a partir de uma proposta que integre todo o serviço, eduque e oriente um trabalho pautado nas parcerias, intervindo e desenvolvendo ações a partir das premissas da Reforma Psiquiátrica e da promoção da saúde.

Referências

- Almeida, A. S. & Fugerato, A. R. F. (2015). Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Rev Enferm Atenção Saúde*, 4(1), 79-88. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1265>
- Bandeira, M., Freitas, L. C. & Carvalho Filho, J. G. T. (2007). Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 41-47. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000100010>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (4.ed.) Lisboa: Edições 70
- Bava, S. C. (2000). *Dilemas da gestão municipal democrática*. Instituto Polis; São Paulo. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://www.researchgate.net/publication/267773699_Dilemas_da_gestao_municipal_democratica
- Bezerra, E. & Dimentein, M. (2008). Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(3), 632-645. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>
- Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. Departamento de Saúde da Família. *Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília. Recuperado em 2 fevereiro, 2020, de <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. *Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica*. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/2003. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção*

Psicossocial. Brasília. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Brasília. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. *Portaria nº 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)*. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Recuperado em 1 fevereiro, 2020, de <http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. *Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)*. Brasília. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

Bogo, M. S. J. & Chapadeiro, C. A. (2019). Perfil e formação do profissional do CAPS e sua compreensão do transtorno mental. *Aletheia*. 52(2), 21-35.

Cabral, E. & Sawaya, S. M. (2001). Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. *Estudos de Psicologia*, 6(2), 143-155. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2001000200003>

Caçapava, J. R., Colvero, L. A., & Pereira, I. M. T. B. (2009). A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 446-455. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300009>

Caixeta, C. C., Vianey, E. L., Esperedião, E., Silva, N. S. & Dias, P. C. S. (2015). Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde Mental. In: C. F. W., Rosso, K. P. S., Cruvinel, M. A. S., Silva, N. A. M., Almeida, V. M., Pereira & D. C., Pinheiro S., (org). *Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás*. Goiás, Brasil. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.corengo.org.br/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-do-estado-de-goias>

Campos, R. O. & Gama, C. (2008). Saúde Mental na Atenção Básica In: G.W.S. Campos & Guerrero A.V.P. (org). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Saúde Mental na Atenção Básica*. São Paulo: Aderaldo & Rochschild. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf

Castiel, L., Guilam, M., & Ferreira, M. (2010). *Correndo o Risco: Uma introdução aos riscos em saúde*. Editora Fiocruz; Rio de Janeiro.

Cecílio, L. C. O. (2007). *A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo*. Tese (Livre-Docência), Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. Brasil. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23518>

Cecílio, L. C. O. (2011). Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 589-599. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>

- Cecílio, L. C. O. & Merhy E. E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In R., Pinheiro & R. A., Mattos (org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 197-210, ilus. Campinas: Unicamp. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>
- Chaves, B. L. & Pegoraro, R. F. (2013). Contribuições do arranjo "Equipe de Referência" a um Centro de Atenção Psicossocial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 939-956. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300008&lng=es&tlng=pt
- Chiavagatti, F. G. Kantorski, L. P., Willrich, J. Q., Cortes, J. M., Jardim, V. M. R., & Rodrigues, C. G. S. S. (2012). Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 11-17. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100003>
- Cordeiro, Q., Oliveira, A. M., Melzer, D., Ribeiro, R. B. & Rigonatti, S. P. (2010). Prevenção em saúde mental. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, 7(7), 38-53. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/RFD/article/viewFile/1965/1970>
- Costa, S. M., Prado, M. C. M., Andrade, T. N., Araújo, E. P. P., Silva Junior, W. S., Gomes Filho, Z. C. & Rodrigues, C. A. Q. (2013). Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 8(27), 90-96. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de [http://doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)530](http://doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530)
- Costa, T. D., Gonçalves, L. C, Peixoto, L. S., Tavares, C. M. M. & Cortez, E. A. (2017). Contribuindo para a educação permanente em saúde mental. *Ciências Biológicas e Saúde*, 23(9), 9-15. Recuperado em 1 fevereiro, 2020, de <http://observatoriodasauderj.com.br/wp-content/uploads/2017/06/Contribuindo-para-a-educa%C3%A7%C3%A3o-permanente-na-sa%C3%BAde-mental.pdf>
- Costa, J. P., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Paula, M. L. & Bezerra, I. C.. (2014). Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em Debate*, 38(103), 733-743. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>
- Cotta, R. M. M., Schott, M., Azeredo, C. M., Franceschini, S. C. C., Priore, S. E., & Dias, G. (2006). Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica de Saúde.

Epidemiol Serv Saúde, 15(3), 7-8. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>

Delfini, P. S. S., Sato, M. T., Antoneli, P. P., & Guimarães, P. O. S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1), 1483-1492. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021>

Delfini, P. S. S. & Reis, A. O. A. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cad. Saúde Pública*, 28(2), 357-366. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>

Demarzo, M. M. P. (2011). Reorganização dos sistemas de saúde. In: *Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde*. UNIFESP. São Paulo. Recuperado em 24 janeiro, 2020, de https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf

Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 232-245. Recuperado em 24 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>

Dimenstein, M., Santos, Y. F., Brito, M., Severo, A. K., & Morais, C. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*, 3(5), 23-41. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&tlng=pt

Duarte, R. (2004). Entrevistas em Pesquisa Qualitativa. *Educador*, (24), 213-225. Recuperado em 1 fevereiro, 2020, de <http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>

Dussault, G. (1992). A gestão dos serviços públicos de saúde: Características e exigências. *Rev. Adm. Púb.*, 26(2), 8-19. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792>

Escudeiro, C. C. & Souza, M. L. A. S. (2009). Saúde mental no Sistema Único de Saúde: mudança do modelo de atenção na região de Lins-SP. *Saúde e Sociedade*, 18(Supl. 1), 44-47. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000500007>

- Ferreira, T. P. S., Sampaio, J., Souza, A. C. N., Oliveira, D. L. & Gomes, L. B. (2017). Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(61), 373-384. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
- Ferreira Neto, J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013&lng=pt&tlng=pt
- Feuerwerker, L. C. M. (Org.). (2014) Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. *Rede UNIDA*. Porto Alegre. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17-27. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>
- Furtado, J. P. et al. (2016). A concepção de território na Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública*, 32(9). Recuperado em 24 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00059116>
- Gama, C. A. P., Campos, R. T. O. & Ferrer, A. L. (2014). Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 17(1), 69-84. Recuperado em 24 janeiro, 2020, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233030659006>
- Garcia, I. F. S. & Teixeira, C. P. (2009). Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade em Debate*, 15(1), 165-178. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/365>
- Giovanella, L. (2018). Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (8). Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://cadernos.insp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf
- Girardi, S. N. & Carvalho, C. L. (2002). Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: Negri, B., Faria, R. & Viana, A. L. D., organizadores. *Recursos*

humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP, 221-56.

Gondim, G. M. M. & Monken, M. (2009). Territorialização em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado em 24 janeiro, 2020, de <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>

Gonçalves, R. M. D. A., Pedrosa, L. A. K., Oliveira, M. A. F., Silva, Q. C. G., Abreu, R. M. D. & Pinho, P. H. (2013). Promoção da saúde mental: Ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (10), 49-56. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602013000200008&lng=pt&tlng=pt

Gonzalez, A. M. (2015). *Plano de ações na prevenção e promoção de transtornos em saúde mental na atenção primária à saúde*. Universidade Federal de Minas Gerais, Contagem-MG. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4979.pdf>

Iglesias, A., Avellar, L. Z. & Dalberto-Araujo, M. (2016). Apoio matricial: uma estratégia de formação para a promoção da saúde e a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental. In: F., Sodré et al. (organizadoras). *Formação em Saúde: Práticas e Perspectivas no Campo da Saúde Coletiva*. (pp. 186-201). Vitória: EDUFES. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://repositorio.ufes.br/handle/10/6771>

Jeolás, L. S. & Ferrari, R. A. P. (2003). Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2), 611-620. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200021>

Jimenez, L. (2011). Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 129-139. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>

Jorge, M. S. B., Randemark, N. F. R., Queiroz, M. V. O. & Ruiz, E. M. (2006). Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 734-739. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000600003>

Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P. & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde*

- Coletiva*, 16(7), 3051-3060. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
- Kastrup, V. (2001). Aprendizagem, arte e invenção. *Psicol. Estud.*, 6(1), 17-25. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000100003>
- Leal, B. M. & De Antoni, C. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, 40, 87-101. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&tlng=pt
- Leite, D. C., Andrade, A. B., & Bosi, M. L. M. (2013). A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1167-1187. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400008>
- Lima, A. I. O., Severo, A. K., Andrade, N. L., Soares, G. P. & Silva, L. M. (2013). O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. *Temas em Psicologia*, 21(1), 71-82. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.1-05>
- Lüdke, M. & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Macagnan, J. P., Menetrier, J. V. & Bortoloti, D. S. (2014). Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Francisco Beltrão - Paraná. *Biosaúde*, 16(2), 34-44. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/biosaude/article/view/24354>
- Machado, M. H. (2000). *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://www.ccms.saude.gov.br/asaudebateaporta/pdfs/perfil_medico.pdf
- Malta, D. C., Cecílio, L. C. O., Merhy, E. E., Franco, T. B., Jorge, A. O. & Costa, M. A. (2004). Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Cienc. Saude Colet.*, 9(2), 433-44. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200019>
- Malta, D. C. & Merhy, E. E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde*,

Educação, 14(34), 593-606. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>

Martinhago, F. & Oliveira, W. F. (2012). A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde debate*, 36(95), 583-594. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400010>

Medeiros, C. R. G., Junqueira, Á. G. W., Schwingel, G., Carreno, I., Jungles, L. A. P. & Saldanha, O. M. F. L. (2010). A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 15(1), 1521-1531. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>

Medeiros, G. T., Nascimento, F. A. F., Pavòn, R. G. & Silveira, F. A. (2016). Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 475-484. Recuperado em 1 fevereiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0232>

Meneses, C. S., Cecilio, L. C. O., Andrezza, R., Carapinheiro, G., Andrade, M. G. G., Santiago, S. M., Araújo, E. C., Souza, A. L. M., Reis, D. O., Pinto, N. R. S. & Spedo, S. M. (2017). O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 2013-2024. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>

Merhy, E. E. & Franco, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Rev do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*, 27(65), 316-323. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf

Ministério da Saúde (2008). *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Olschowsky, A. & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>

Molina, M., Wiener, C. D., Branco, J. C., Jansen, K., Souza, L. D. M., Tomasi, E., Silva, R. A. & Pinheiro, R. T. (2012). Prevalence of depression in users of primary

care settings. *Archives of Clinical Psychiatry*, 39(6), 194-197. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>

Mühl, C. (2015). *A atuação do psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial: Um estudo fenomenológico na Regional de Saúde do litoral do Paraná*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/48463>

Neves, C. A. B. & Heckert, A. L. C. (2010). Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 151-168. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a036 - micropolitica do processo de acolhimento em saude - revista estudos e pesquisa em psicologia - 2010.pdf>

Nunes, V. S., Torres, M. A. & Zanotti, S. V. (2015). O psicólogo no caps: um estudo sobre oficinas terapêuticas. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 5(2), 135-146. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1649>

Oliveira, S. A. (2012). *Prevenção em Saúde Mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11952/1/2012_SamiaAbreuOliveira.pdf

Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M. & Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>

Onocko-Campos, R.T., Palombini, A. L., Silva, A. E., Passos, E., Leal, E. M., Serpa Júnior, O. D., Marques, C. C., Gonçalves, L. L. M., Santos, D. V. D., Surjus, L. T. L. S., Arantes, R. L., Emerich, B. F., Otanari, T. M. C. & Stefanello, S. (2012a). Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 16(43), 967-80. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000040>

Onocko-Campos, R. T., Campos, G. W. S., Ferrer, A. L., Corrêa, C. R. S., Madureira, P. R., Gama, C. A. P., Dantas, D. V. & Nascimento, R. (2012b). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 43-50. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>

- Onocko-Campos, R., Gama, C. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T. L. & Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4643-4652. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>
- Pádua, F. H. P & Salum e Morais, M. L. (2010). Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. *Psicologia USP*, 21(2), 457-478. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642010000200012>
- Pande, M. N. R. & Amarante, P. D. C. (2011). Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2067-2076. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>
- Panizzi, M., Lacerda, J. T., Natal, S., & Franco, T. B. (2017). Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 41(112), 155-170. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711213>
- Paula, C. T. C. (2010). Perfil Epidemiológico dos Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na Cidade de Recife. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2(4-5), 94-105. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68460>
- Penido, C. M. F. et al. (2010). Apoio matricial como tecnologia em saúde. *Saúde em debate*, 34(86), 467-474. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341769009.pdf>
- Pereira, M. P. B. & Barcellos, C. (2006). O Território no Programa de Saúde da Família. *Hygeia*, 2(2), 47-55. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/651>
- Pereira, M. O., Souza, J. M., Costa, Â. M., Vargas, D., Oliveira, M. A. F. & Moura, W. N. (2012). Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 48-54. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100009>
- Pinho L. B., Hernández A. M. B. & Kantorski L. P. (2010). Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciênc Cuid Saúde*. 9(1), 28-35. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v9i1.6824>

- Pinto, A., & Fracolli, L. (2010). O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 12(4), 766-9. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>
- Pinto, E. S. G., Menezes, R. M. P. & Villa, T. C. S. (2010). Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 657-664. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>
- Poz, M. R. D., Pierantoni, C. R. & Varella, T. C. (1997). Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde (HSP). Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (HSR). *Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde*. Organização Pan Americana de Saúde. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/10/Produtividadeedesempenhodosrecursoshumanosnoservicosdesaude_DalPoz.pdf
- Rabello, L. S. (2010). Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. *Editora FIOCRUZ*. Rio de Janeiro.
- Rodvalho, A. L. P. & Pegoraro, R. F. (2016). Revisão integrativa de literatura sobre a construção de Projetos Terapêuticos Singulares no campo da saúde mental. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 12(4), 240-48. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i4p240-248>
- Rotelli, F. et al. (1990). *Desinstitucionalização*. In: F. Nicácio (org). HUCITEC. São Paulo.
- Santos, M. A. (2002). *Natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://files.leadt-ufal.webnode.com.br/200000026-4d5134e4ca/Milton_Santos_A_Natureza_do_Espaco.pdf
- Santos, L. M., Da Ros, M. A., Crepaldi, M. A. & Ramos, L. R. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saúde Pública*, 40(2), 346-52. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200024>
- Secretaria de Políticas de Saúde. (2000). Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 34(3), 316-319. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>

- Secretaria da Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental (2014). *A Estratificação de Risco em Saúde Mental*. Secretaria de Estado da Saúde. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Apresentacao_Estratificacao_de_Risco_em_Saude_Mental.pdf
- Scheibel, A. & Ferreira, L. H. (2011). Acolhimento no CAPS: Reflexões acerca da assistência em Saúde Mental. *Revista Baiana da Saúde Pública*, 35(4), 966-983. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/lil-621028>
- Silva, A. B. & Pinho, L. B. (2015). Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Rev enferm UERJ*, 23(3), 420-424. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091>
- Silva Junior, R. F., Araújo, D. F., Silva, N. K. F., Torres, S. A. S., Diniz, H. J. C. & Torres, J. D. R. V. (2016). O papel do agente comunitário de saúde no atendimento ao portador de transtorno mental. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 8 (1), 841-845. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://www.acervosaude.com.br/doc/06_2016.pdf
- Silva, P. M., Barros, K. P. & Torres, H. C. (2012). Acolhimento com classificação de risco na atenção primária: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev. Min. Enferm.* 16(2), 225-231. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/523>
- Silveira, D. P. & Vieira, A. L. S. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 139-148. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100019>
- Souza, A. C., Colomé, I. C. S., Costas, L. E. D. & Oliveira, D. L. L. C. (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção em saúde. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, 26(2), 147-53. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/A_educacao_em_saude_com_grupos_na_comunidade.pdf
- Souza, A. C. (2006). Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Saúde da Família. *Esc Anna Nery R Enferm*, 10(4), 703-10. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400012>

- Souza, A. C., Matias, G. N., Gomes, K. F. A. & Parente, A. C. M. (2007). A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*, 60(4), 391-5. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400006>
- Souza, A. C. & Rivera, F. J. U. (2010). A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*, 4(1), 105-14. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de https://app.uff.br/slab/uploads/A_inclus%C3%A3o_das_a%C3%A7%C3%B5es_de_sa%C3%BAde_mental_na_Aten%C3%A7%C3%A3o_B%C3%A1sica_ampliand_o_possibilidades_no_campo_da_sa%C3%BAde_mental.pdf
- Teixeira, C. F. (2006). Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: Teixeira, C. F. & Solla, J. P., (org). *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. (pp. 85-108). Salvador: Editora EDUFBA.
- Teixeira, V. A., Oselame, G. B. & Neves, E. B. (2014). O Protocolo de Manchester no Sistema Único de Saúde e a atuação do enfermeiro. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 12(2), 905-920. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1769>
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, 39(3), 507-14. Campinas, Brasil. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>
- Valladares, A. C. F., Lappann-Botti, N. C., Mello, R., Kantorski, L. P. & Scatena, M. C. M. (2003). Reabilitação psicossocial através da oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(1), 04-09. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://doi.org/10.5216/ree.v5i1.768>
- Vasconcelos, M. G. F., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Pinto, D. M., Simões, E. C. P. & Maia Neto, J. P. (2012). Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 4(8), 166-175. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2031/2327>
- Volmer, A. L. & Bridi Filho, C. A. N. (2016). Protocolo de Manchester em pauta: como este aborda as questões de saúde mental?. *Disciplinarum Scientia*, 17(1), 103-116. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/2022>
- Waidman, M. A. P., Costa, B. & Paiano, M. (2012). Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da*

USP, 46(5), 1170-1177. Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500019>

Westphal, M. F. (2012). Promoção de saúde e prevenção de doenças. In: Campos, G. W. S. et al. (org). *Tratado de saúde coletiva* (pp. 681-717). São Paulo: Hucitec.

Yasui, S. (2009). A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1). Recuperado em 20 janeiro, 2020, de <http://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68432>

ANEXO 1

Parecer Consunstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Promoção de Saúde em Saúde Mental: práticas e desafios de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial

Pesquisador: Renata Fabiana Pegoraro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91271218.7.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.909.154

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas às pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.814.911, de 11 de Agosto de 2018.

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado junto ao INSTITUTO DE PSICOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA. Os autores descrevem que: [...] será uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória a ser desenvolvida por meio de roteiros de entrevista semiestruturados, questionário e ficha de caracterização de participantes. Serão convidados profissionais que atuam em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e Unidades de Saúde da Família de Uberlândia – MG para discutir a realização de práticas de promoção de saúde em saúde mental no seu cotidiano de trabalho. O número de participantes será definido pelo ponto de saturação e a análise dos dados ocorrerá a partir do indicado por Bardin (1977) para análise de conteúdo temática. [...]

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores o objetivo primário é investigar junto aos profissionais que integram os níveis de atenção básica e atenção psicossocial sua compreensão sobre práticas e ações de promoção saúde relacionadas à saúde mental.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

O objetivo secundário descrito no corpo do projeto é:

- a) Identificar a demanda de cuidados em saúde mental de acordo com as equipes;
- b) Compreender as formas de articulação de cuidado utilizadas pelas equipes de atenção primária e atenção psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos: Os riscos de participação nesta pesquisa consistem em possíveis mudanças na rotina do participante devido a necessidade da sua presença para responder a entrevista, que acontecerá em um dia e horário escolhido previamente acordados. Também é possível que o participante se sinta desconfortável com alguma pergunta feita e, neste caso, poderá escolher não responder à pergunta ou mesmo interromper a entrevista, se assim o desejar. Outro risco pertinente às pesquisas científicas é a identificação do participante. Para minimizar este risco, os pesquisadores não utilizarão o nome de nenhum participante, nem divulgarão em que unidade de saúde ele(a) trabalha. Outro cuidado será o uso de números para identificar cada questionário ou entrevista transcrita, bem como uso desses mesmos números no momento de divulgação científica de resultados. Esclarecemos que em caso de comprovação de dano médico ou psicológico em função da pesquisa, os custos serão cobertos ou ressarcidos pelos pesquisadores.

Benefícios: Os benefícios inserem-se na oportunidade de expressar opiniões e compreensões a respeito das ações desenvolvidas no trabalho no campo da saúde. Além disso, há um benefício indireto, pois nos auxiliando com esta pesquisa, o participante estará contribuindo para ampliar a compreensão sobre sua atuação profissional, o que gerará novas informações sobre a temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 2.814.911, de 11 de Agosto de 2018, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Abril de 2020.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 2.909.154

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1100742.pdf	17/08/2018 17:52:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADORAFaelcep17ago18.pdf	17/08/2018 17:51:53	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	RespostaCEP17082018.pdf	17/08/2018 17:50:56	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpromosauderafaelrevisado.doc	07/06/2018 19:28:25	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADORAFaelCEP31MAIO18.pdf	31/05/2018 16:48:34	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	LINKPARACURRICULOSLATTES.docx	31/05/2018 16:46:59	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCoParticipanteASSINADA.pdf	31/05/2018 16:46:29	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	ANEXO5RoteiroEntrevistaAgentesSaude.docx	31/05/2018 16:46:10	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	ANEXO4QuestionarioAgentesSaude.docx	31/05/2018 16:45:49	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	ANEXO3RoteiroEntrevistaPsicEnfermeiros.docx	31/05/2018 16:45:35	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Outros	Anexo2QuestionariosobreAtividades.docx	31/05/2018 16:45:23	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 2.909.154

Outros	ANEXO1roteirodecaracterizacao.docx	31/05/2018 16:45:01	Renata Fabiana Pegoraro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	equipeexecutora.pdf	29/05/2018 14:22:35	RAFAEL CAMILO GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/05/2018 14:02:50	RAFAEL CAMILO GONCALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 21 de Setembro de 2018

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

APÊNDICE 1

Ficha de dados para caracterização dos participantes

Data da aplicação: _____ Unidade de trabalho: _____

Número do participante: _____

FICHA DE DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES (TODOS OS PARTICIPANTES)

(1) Idade: _____ anos
(2) Gênero: () Feminino () Masculino () Outro
(3) Tem companheiro (a): () Sim () Não
(4) Se tem filhos e número de filhos: () Sim. Quantos: _____ () Não
(5) Maior nível de escolaridade: () ensino fundamental () ensino médio ou técnico () ensino superior () Pós-Graduação (Especialização) em _____ () Mestrado () Doutorado
(6) Tempo de trabalho em serviços de saúde: _____ (em anos ou meses)
(7) Tempo de trabalho na unidade de saúde atual: _____ (em anos ou meses)
(8) Carga horária semanal: _____ horas
(9) Tipo de vínculo de trabalho: () funcionário público () contratado () Outro. Diga qual tipo: _____
(10) Além da unidade de saúde pela qual foi contactado, exerce algum outro trabalho? () Não () Sim, com que carga horária semanal: _____
(11) Teve capacitação antes de começar trabalhar na rede de saúde? () Não () Sim, com que carga horária? _____

APENDICE 2

Questionário sobre atividades realizadas por profissionais de enfermagem e psicologia

Atividades Desenvolvidas	EU NÃO FAÇO ESSA ATIVIDADE (Marque um X)	EU FAÇO ESSA ATIVIDADE					
		QUANTAS VEZES EU FAÇO? (marque um X em uma das quatro possibilidades)				COMO EU FAÇO?	
		Semanalmente (pelo menos uma vez por semana).	Quinzenalmente	Mensalmente	Às vezes, sem frequência definida.	Sozinho(a) (Marque um X)	Junto com outro profissional ou serviço? (com quem?)
1 Acolhimento							
2 Atendimento individual							
3 Atendimento em grupo							
4 Atuação como profissional de referência							
5 Elaboração de PTS							
6 Reuniões/atendimentos/ grupo com familiares							
7 Visita Domiciliar							
8 Contato com profissionais de outros serviços para discussão/articulação de casos							
9 Reuniões de orientação e discussão de casos em outros serviços ou mini-fórum							
10 Organização de eventos							
11 Organização ou participação em conselhos e comitês							
12 Reunião de equipe							

13 - Outras ações não listadas:

14 - Liste as três instituições com as quais mais você tem contato para discutir casos de usuários:

Instituição	Com que frequência? (por ex: semanal, quinzenal, mensal?)	Que tipo de contato você realiza?
1.		
2.		
3.		

15 – Você realiza ações direcionadas à promoção de saúde do usuário de saúde mental? Como e de que forma estas ações acontecem?

APÊNDICE 3

Roteiro de entrevista para os profissionais de enfermagem e psicologia.

Questões norteadoras:

- 1) Com relação à sua atividade semanal de trabalho, discorra sobre as atividades que você desenvolve no campo da promoção, prevenção e tratamento de saúde;
- 2) Fale sobre como ocorre o acolhimento dos usuários em sua unidade;
- 3) Explique como ocorre a análise da demanda de saúde mental em sua unidade;
- 4) Na unidade são realizadas intervenções breves na crise? Fale sobre isso;
- 5) Relate de que modo ocorre o contato com outros serviços de saúde da rede para a articulação do cuidado de usuários;
- 6) Discorra como são construídos os projetos terapêuticos singulares de usuários/familiares;
- 7) Relate quais as maneiras os profissionais e a equipe lidam com a responsabilização do sujeito pelo seu tratamento (co-responsabilidade);
- 8) Relate quais as maneiras os profissionais e a equipe lidam com o uso da medicação com o usuário (quando for o caso);

Discorra a forma e a frequência que são desenvolvidas práticas grupais e a que público se destinam.

APÊNDICE 4

Questionário sobre atividades realizadas por agentes comunitários de saúde

Atividades Desenvolvidas		EU NÃO FAÇO ESSA ATIVIDADE (Marque um X)	EU FAÇO ESSA ATIVIDADE					
			QUANTAS VEZES EU FAÇO? (marque uma das quatro possibilidades)				COMO FAZ ESSA ATIVIDADE?	
			Semanalmente (pelo menos uma vez por semana)	Quinzenalmente	Mensalmente	Às vezes, sem frequência definida	Sozinho(a) (Marque um X)	Junto com outro profissional ou serviço? (com quem?)
1	Cadastros e atualizações de cadastros das famílias atendidas							
2	Identificação e mapeamento das áreas de risco no território (ex: áreas com maior incidência de crimes, acidentes, sem água tratada, entre outros que sejam pertinentes à sua microárea)							
3	Orientação sobre os serviços oferecidos em unidades de saúde							
4	Atuação com outros serviços de outros setores (ex: escolas, creches, ONGs, associações, entre outros)							
5	Identificação de necessidade de cuidado em saúde mental (ex: ansiedade, depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros)							
6	Acompanhar os usuários/famílias de sua responsabilidade por meio de visita							
7	Ações de educação em saúde na comunidade (ex: grupos temáticos na unidade de saúde ou outros espaços da comunidade ou outras ações de educação em saúde.)							
8	Desenvolver atividades de promoção e prevenção da saúde							

Outras atividades que faz: _____

APÊNDICE 5

Roteiro de entrevista para Agentes Comunitários de Saúde.

Questões norteadoras:

- 1) Na sua microárea, existem casos de pessoas com problemas de saúde mental? Fale a respeito.
- 2) De que modo esses caso são conhecidos/identificados por você e sua equipe dentro da população assistida pela unidade de saúde?. Fale sobre isso.
- 3) Você discute os casos nos quais percebe problemas de saúde mental com sua equipe? Fale sobre isso.
- 4) Fale um pouco sobre como você e a equipe de saúde da unidade lidam com essas demandas de saúde mental (o que é feito? Como é feito? Quem faz?)
- 5) Existem ações direcionadas para o cuidado em saúde mental na unidade? Fale sobre isso.
- 6) Na unidade são desenvolvidas ações direcionadas à promoção de saúde do usuário de saúde mental, prevenção e tratamento? Como e de que forma estas ações acontecem?

APÊNDICE 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Promoção de Saúde em Saúde Mental: práticas e desafios de profissionais da Rede de Atenção Psicossocial*”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Rafael Camilo Gonçalves, Lara Gonçalves Coelho e Renata Fabiana Pegoraro (Orientadora).

Nesta pesquisa nós estamos buscando investigar junto aos profissionais que integram os níveis de atenção básica e atenção psicossocial sua compreensão sobre práticas e ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas à saúde mental, bem como identificar a demanda de cuidados em saúde mental de acordo com as equipes, compreender as formas de articulação de cuidado utilizadas pelas equipes de atenção primária e atenção psicossocial e conhecer de que modo ocorre a construção de cuidado compartilhado em saúde mental no âmbito da articulação de ações entre atenção primária e atenção psicossocial.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Rafael Camilo Gonçalves, Lara Gonçalves Coelho ou Renata Fabiana Pegoraro e será entregue a você na unidade de saúde em que você trabalha no dia da reunião semanal de sua equipe, ou em outra data conforme combinado previamente com o responsável pela unidade. Ao receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será dado a você o tempo necessário para avaliar se deseja ou não participar desta pesquisa. O TCLE será assinado se você estiver de acordo com os dizeres, e depois disso, terá início a coleta de dados (questionários e entrevista).

Na sua participação, você responderá a perguntas de caracterização geral (tais como idade, sexo, se tem filhos) e perguntas mais específicas sobre seu trabalho como profissional de saúde (sua compreensão sobre as ações desenvolvidas em seu trabalho). Primeiramente, você responderá a dois questionários. A aplicação desses questionários será feita na unidade de saúde em que você trabalha. No primeiro questionário você responderá perguntas de caracterização geral, tais como idade, sexo, se tem filhos, se vive com companheiro(a), e perguntas sobre o seu trabalho como profissional de saúde (por exemplo: há quanto tempo você atua, sua carga horária de trabalho e tempo de atuação na área) No segundo questionário, você responderá perguntas sobre as atividades que desenvolve na unidade de saúde que você atua, a frequência com que elas ocorrem e se realiza com algum outro profissional ou sozinho(a). Depois desses dois questionários respondidos, caso você deseje, será convidado pela pesquisadora para agendar uma entrevista em que será gravada apenas a sua fala (áudio) sobre o trabalho realizado por você como profissional de determinada unidade de saúde. Essa entrevista ocorrerá em outro dia, a sua escolha, e poderá ser realizada no local de trabalho, em sua residência, conforme sua escolha. As informações dessa entrevista serão transcritas (passadas para o papel) e os áudios serão excluídos (apagados) após a transcrição.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Caso exista necessidade de seu deslocamento unicamente para coleta de dados, os gastos com transporte serão ressarcidos pela equipe de pesquisa.

Os riscos consistem em possíveis mudanças na sua rotina devido a necessidade da sua presença para responder a entrevista, que acontecerá em um dia e horário escolhido por você mesmo. Também é possível que você se sinta desconfortável com alguma pergunta feita a você e, neste caso, você pode escolher não responder à pergunta ou mesmo interromper a entrevista, se assim o desejar. Outro risco pertinente às pesquisas científicas é a identificação do participante. Para minimizar este risco, os pesquisadores

Rubrica do Participante

Rubrica do Pesquisador

não utilizarão o nome de nenhum participante, nem divulgarão em que unidade de saúde ele(a) trabalha. Outro cuidado será o uso de números para identificar cada questionário ou entrevista transcrita, bem como uso desses mesmos números no momento de divulgação científica de resultados. Esclarecemos que em caso de comprovação de dano médico ou psicológico em função da pesquisa, os custos serão cobertos ou ressarcidos pelos pesquisadores. Os benefícios serão que você poderá insere-se na oportunidade de expressar suas opiniões e compreensões a respeito das ações desenvolvidas no seu trabalho. E você também se beneficiará indiretamente, pois nos auxiliando com esta pesquisa estará contribuindo ampliar a compreensão sobre sua atuação profissional, o que gerará novas informações sobre a temática.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Renata Fabiana Pegoraro na Av. Pará, 1720 - Bloco 2C, Sala 47, Bairro Umuarama, Instituto de Psicologia, no Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia, em Uberlândia - MG, CEP 38405-320, Telefone: (34) 3225-8534. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa