



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**INGRID BEZERRA COSTA MAIA**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA  
UM CUIDADO INTEGRAL.**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2016**

INGRID BEZERRA COSTA MAIA

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA  
UM CUIDADO INTEGRAL.

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção de título de mestre em saúde da família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Ana Patrícia  
Pereira Morais

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Maia, Ingrid Bezerra Costa.

Saúde mental na atenção primária: entre o saber e o agir para um cuidado integral. [recurso eletrônico] / Ingrid Bezerra Costa Maia. - 2016 .

1 CD-ROM: il.; 4 ½ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 121 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016 .

Área de concentração: Saúde da Família..

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Patrícia Pereira Morais.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde mental. 3. Rede de atenção psicossocial. I. Título.

INGRID BEZERRA COSTA MAIA

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA  
UM CUIDADO INTEGRAL.

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção de título de mestre em saúde da família. Área de concentração: Saúde da Família.

Data da defesa: 17 de novembro de 2016

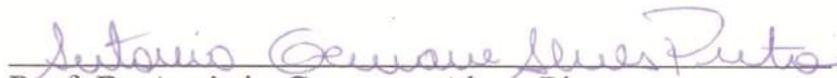
BANCA EXAMINADORA



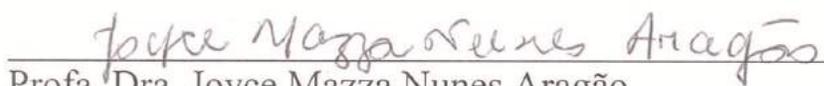
Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais  
(Orientadora)



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães  
(1º membro)



Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto  
(2º membro)



Profa. Dra. Joyce Mazza Nunes Aragão  
(Suplente)

Aos meus pais, Áurea e João. Mãe, minha total gratidão por sua sabedoria e amorosidade que sempre me guiaram. Obrigada por ser minha fortaleza em todos os momentos da minha vida. Ao meu pai que na sua simplicidade, sempre trouxe muitos ensinamentos para minha vida. Amo vocês.

Ao meu marido, Moisés Maia, pelo seu companheirismo que me fortalece e me incentiva nas minhas mais complexas e audaciosas buscas. A inquietude da sua alma me motiva, a sua sabedoria me enche de orgulho e o seu sorriso me liberta. Amo você.

Aos meus irmãos – João Júnior, Roberto, Marcos, Paulo, Márcio – vocês fazem parte da minha trajetória de vida e sempre me acompanharam e apoiaram minha constante busca pela evolução pessoal e profissional.

Ao Thoth por seu companheirismo e amor incondicional.

Ao Anderson (*in memoriam*) por ser incontestavelmente parte do meu ser. Por você eu descobri a fortaleza que há em mim.

## AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Ana Patrícia, minha eterna orientadora e amiga, nossos caminhos se cruzaram desde a graduação, e os ensinamentos e cumplicidade foram muito além dos muros da UECE. Gratidão por me guiar desde sempre e por ter me contagiado com o amor pela pesquisa.

Aos profissionais que compõe o Sistema Único de Saúde, em especial aos que participaram desse estudo pela solicitude e receptividade em todos os momentos. Vocês foram essenciais para a construção desse trabalho.

A turma FLOR DE CACTO que entre sorrisos e lágrimas trouxe leveza e poesia para minha vida. Por todos os ensinamentos que compartilhamos, por todos os abraços acalorados e pelos vínculos criados para além do mundo acadêmico. Que sigamos na efetivação do SUS que tanto queremos e lutamos. Gratidão sempre.

A Aline Gouveia, coordenadora de saúde da SR VI e grande amiga, sempre disponível a colaborar e apoiar em todas as fases desse estudo.

A Danara Magalhães, Jackson dos Santos e Iashena de Paula, bolsistas de Iniciação Científica, por suas contribuições nessa construção.

Aos professores, Dr. José Maria Ximenes Guimarães, Dr. Antônio Germane Alves Pinto e Dra. Joyce Mazza, que dedicaram seu tempo para leitura do estudo e que muito contribuíram para a sua construção. Muito obrigada!

Ao corpo docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Família da UECE, pela valorosa contribuição e disponibilidade em compartilhar conhecimentos.

À secretária do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Cláudia, que com sua generosidade sempre esteve disponível a nos auxiliar com os percalços técnico-administrativos que surgiram durante nossa jornada. À Tati, querida funcionária, sempre prestativa e necessária. A todos que compõe o Mundo Verde que nos acolheram nesses dois últimos anos.

Ao Professor Carlos Roberto, meu irmão e amigo, pela disponibilidade em revisar o texto final dessa dissertação.

A Ana Beatriz Morais Monteiro pela disponibilidade na construção do Abstract.

À Universidade Estadual do Ceará, Ao Mestrado Profissional em Saúde da Família e a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

A todos que compõe a Rede de Atenção Psicossocial do Município de Fortaleza, militantes pelo seu fortalecimento e efetivação.

“É o sonho que liberta. De tudo: do mundo, dos outros, de nós. É necessário crer no sonho. E salvá-lo sempre. Para nos salvarmos.”

(Cecília Meireles.)

## RESUMO

As demandas de saúde mental já fazem parte do cotidiano das equipes da ESF, entretanto, muitas vezes, o atendimento limita-se a práticas centralizadas no encaminhamento para o serviço especializado e a prescrição de medicamentos, resultando num cuidado fragmentado. O presente estudo tem como objetivo compreender o saber e o agir dos profissionais da APS no contexto da Rede Atenção Psicossocial no Município de Fortaleza. Utilizamos uma abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, tendo como referencial teórico-prático o Modelo de Atenção Psicossocial, a Política de Saúde Mental para a Atenção Primária - saberes e práticas, e a Rede de Atenção Psicossocial. A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza – CE, em duas fases distintas. A primeira fase foi realizada, nos meses de abril a julho de 2016, com profissionais da Atenção de Primária em UAPS nas seis Secretarias Regionais. Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e gravada com 31 profissionais e-SF e NASF. A segunda fase do nosso estudo foi realizada, em setembro de 2016, após transcrevermos todas as entrevistas e ordenarmos os dados contemplados nas entrevistas e nos diários de campo. Realizamos uma oficina de análise compartilhada dos dados, na qual participaram profissionais que participaram da primeira fase do estudo e equipe matriciadora em saúde mental, onde dialogamos sobre os achados do primeiro momento da pesquisa. Os dados foram sistematizados e analisados conforme objetivos do estudo e de acordo com os preceitos básicos da análise de conteúdo temática. Revelaram-se três categorias empíricas: 1) Concepção de saúde mental; 2) Relação do saber profissional com saúde mental; 3) Eu cuido? Como eu cuido? O presente estudo nos mostrou que a Reforma Psiquiátrica no município de Fortaleza vem conseguindo produzir um novo modelo de atenção, mesmo que os modelos de gestão por algumas vezes retroceda no processo é possível caminharmos na consolidação de saberes e práticas na perspectiva da atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Saúde mental, Rede de atenção psicossocial.

## ABSTRACT

Mental health demands are already part of the daily life of the ESF teams; however, many times the service is limited to forwarding-centric practices for specialized services and medication prescriptions, resulting in a fragmented care. The current study aims to understand the knowledge and the acting way of the APS professionals in the context of psychosocial care network in the city of Fortaleza. We use a qualitative approach, the study of the case, with the theoretical-practical model of psychosocial care, the mental health policy for primary care knowledge and practices, and the psychosocial care network. The research conducted in the city council of Fortaleza (CE), in two distinct phases; the first phase carried out from April to July of 2016, with primary attention professionals in the six Regionals Secretaries (UAPS). We used data collection technique at the semi-structured interview recorded with 31 e-SF and NASF professionals. The second phase of our study carried out in September of 2016, after we transcribe all the interviews and command the data included in the interviews and in the journals fields. We performed a shared data analysis workshop, which attended by professionals who participated on the first phase of the study and on the mental health matrix team, where we discussed the findings from the first moment of the research. The data were organized and analyzed as study objectives and in agreement with basic principles of the thematic analysis content. Three empirical categories were found: One- Conception of mental health; Two- The relation of the professional knowledge with mental health; 3- Do I take care? How I take care?; The present study showed us that the psychiatric reform in the city council of Fortaleza it's been able to produce a new model of attention, even if the management of knowledge and practices from the perspective of psychosocial care.

**Keywords:** Primary health care, Mental health. Psychosocial attention network.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Princípio da APS selecionado para o nosso estudo, com os aspectos a serem analisados.....	24
Figura 2 - Divisão dos Bairros por Secretarias Regionais de Fortaleza – Ce.....	33
Figura 3 - Categorias profissionais participantes do estudo.....	44
Figura 4 - Caracterização dos participantes do estudo.....	46
Quadro 1 - Diretrizes para RAPS do município de Fortaleza.....	37
Quadro 2 - Perfil das UAPS pesquisadas.....	43
Quadro 3 - Trechos de falas referentes à concepção de saúde mental.....	54
Quadro 4 - Trechos de falas referentes à concepção de saúde mental relacionada à dinâmica da sociedade.....	55
Quadro 5 - Trechos de falas referentes à concepção de saúde mental relacionada às determinações ambientais.....	55
Quadro 6 - Trechos de falas com predominância do paradigma biomédico na concepção de saúde mental.....	56
Quadro 7 - Saúde mental como objeto de políticas públicas.....	56
Quadro 8 - Trecho de fala referente à perda de autonomia do indivíduo em sofrimento e/ou transtorno mental.....	57
Quadro 9 - Trecho de fala referente à necessidade da atenção em saúde mental perpassar por todos os usuários da APS.....	57
Quadro 10 - Trechos de falas referentes à identificação de casos de saúde mental.....	58
Quadro 11 - Trechos de falas referentes à formação em saúde mental.....	59
Quadro 12 - Trechos de falas referentes à falta de afinidade com a área de saúde mental.....	59
Quadro 13 - Trechos de falas referentes às condições de trabalho na APS.....	60
Quadro 14 - Trechos de falas referentes à percepção dos entrevistados sobre a RAPS.....	61
Quadro 15 - Trechos de falas referentes à responsabilização do cuidado em saúde mental.....	61
Quadro 16 - Trechos de falas referentes a centralidade do profissional médico no atendimento em saúde mental.....	62

Quadro 17 - Trecho de fala referente à importância da educação permanente em saúde mental.....	63
Quadro 18 - Trechos de falas referentes às ações em saúde mental realizadas na APS.....	64
Quadro 19 - Trechos de falas referentes aos encaminhamentos para os serviços especializados em saúde mental.....	65
Quadro 20 - Trechos de falas referentes à centralidade do profissional médico no cuidado em saúde mental.....	65
Quadro 21 - Trechos de falas referentes à prescrição de medicamentos no cuidado em saúde mental.....	66
Quadro 22 - Trechos de falas referentes às atividades coletivas desenvolvidas pelas equipes da ESF.....	66
Quadro 23 - Trecho de fala referente à articulação da APS com os serviços especializados em saúde mental – CAPS.....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPAd	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
EPS	Educação Permanente em Saúde
e-SF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
POP	Procedimento Operacional Padrão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPA	Recibo de Pagamento Avulso
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SB	Saúde Bucal
SR	Secretaria Regional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO:</b> .....	<b>14</b>
1.1	APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....	14
1.2	DELIMITAÇÃO DO OBJETO .....	16
1.3	QUESTIONAMENTOS DO ESTUDO .....	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS:</b> .....	<b>21</b>
2.1	OBJETIVO GERAL: .....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	21
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
3.1	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	22
<b>3.1.1</b>	<b>Contexto histórico, conceitos e diretrizes</b> .....	<b>22</b>
<b>3.1.2</b>	<b>O saber e o agir</b> .....	<b>26</b>
3.2	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	29
3.3	SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DO MUNICÍPIO FORTALEZA.....	32
<b>3.3.1</b>	<b>Caracterização do município e serviços de saúde:</b> .....	<b>32</b>
<b>3.3.2</b>	<b>O Modelo de gestão e atenção à saúde no município de Fortaleza</b> .....	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>40</b>
4.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	40
4.2	O CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO.....	42
<b>4.2.1</b>	<b>O Local do estudo: UAPS e os critérios das escolhas</b> .....	<b>42</b>
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	43
4.4	PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETAS DE DADOS.....	46
<b>4.4.1</b>	<b>1ª fase</b> .....	<b>47</b>
<b>4.4.2</b>	<b>2ª fase</b> .....	<b>48</b>
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	53
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>54</b>
5.1	CONCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL .....	54
5.2	RELAÇÃO DO SABER PROFISSIONAL COM SAÚDE MENTAL .....	58
5.3	EU CUIDO? COMO EU CUIDO? .....	64
<b>6</b>	<b>DISCUSSÕES DOS RESULTADOS</b> .....	<b>69</b>
6.1	O DESAFIO DE PENSAR SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE .....	69

6.2	FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: TECENDO SABERES E PRÁTICAS....	72
6.2.1	<b>Reorientação do modelo de gestão: implicações para o cuidar na APS .....</b>	<b>74</b>
6.2.2	<b>Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica: um caminho indicado.....</b>	<b>76</b>
6.3	AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA APS: POTENCIALIDADES E LIMITES PARA UM CUIDADO INTEGRAL.....	77
6.3.1	<b>Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diferentes olhares, potentes possibilidades.....</b>	<b>80</b>
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>86</b>
	APÊNDICE A – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	97
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	102
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	103
	APÊNDICE D – CONVITE DA OFICINA 1.....	105
	APÊNDICE E - CONVITE DA OFICINA 2.....	106
	APÊNDICE F – PROGRAMAÇÃO DA OFICINA.....	107
	APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA OFICINA.....	108
	ANEXOS.....	109
	ANEXO A - ORGANOGRAMA.....	110
	ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA .....	111
	ANEXO C – PARECER .....	118

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

“Se muito vale o já feito  
Mais vale o que será  
E o que foi feito  
É preciso conhecer  
Para melhor prosseguir  
(...) é cobrando o que fomos  
Que nós iremos crescer”

Milton Nascimento e Fernando Brant

A aproximação da pesquisadora na área da Saúde Mental aconteceu logo no início da graduação em Serviço Social na Universidade Estadual do Ceará (UECE) e ao longo de sua trajetória profissional vem inserindo-se ainda mais nesse campo tão fecundo e com inúmeras possibilidades de atuação.

A caminhada tem sido instigante e angustiante, energizante e desgastante, iluminada e obscura. O primeiro e grande passo foi dado ao ingressar para o *Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem* e em seguida, como bolsista de Iniciação Científica, tivemos o privilégio de realizar um potente estudo na Área de Saúde Mental e Trabalho.

O caminhar nos apresenta possibilidades, com isso a primeira experiência profissional da autora foi como Assistente Social de um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), onde atuou na perspectiva de empoderamento das famílias do território. Além disso, desenvolveu ações no sentido romper com as barreiras de atenção formal e isolada do cuidado, buscando sempre trabalhar em conjunto com outros serviços e setores.

O CRAS é uma unidade de proteção social básica do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que tem por finalidade prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. Diante disso, podemos perceber que há uma grande proximidade entre os dispositivos da Atenção Primária à Saúde (APS) e o referido equipamento da proteção social básica pertencente à Política de Assistência Social (BRASIL, 2009).

Na busca pelo conhecimento, decorre o ingresso na Pós-graduação *lato sensu* em Saúde Mental da UECE e como trabalho de conclusão do curso foi

realizado um estudo qualitativo onde avaliamos as ações de saúde mental realizadas por uma Equipe da Estratégia Saúde Família no município de Quixadá – Ce.

No ano de 2013, tive uma maior aproximação com o nosso objeto de estudo com a inserção da autora em uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de Fortaleza, nas Unidades de Saúde Janival de Almeida e Alarico Leite, pertencentes à Secretaria Regional VI (SR VI). Neste contexto, a partir do cotidiano como profissional da saúde passamos a observar o grande número de pessoas acometidas por algum sofrimento e/ou transtorno mental que procuram os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

A maioria desses usuários não conseguia nenhum atendimento nas unidades de saúde da atenção primária ou era encaminhada compulsoriamente para atenção especializada em Saúde Mental (CAPS Geral; CAPS Álcool e Drogas; e CAPS Infantil). Por diversas vezes nos meus atendimentos foi possível escutar queixas de usuários e seus familiares de que ao adentrarem nos referidos equipamentos da Atenção Secundária escutavam o discurso de que há uma superlotação desses serviços e que eles deveriam *voltar para o posto de saúde de sua área, porque lá é o local certo para tratar sua doença*. Essa peregrinação é angustiante e, na maioria das vezes, potencializa o sofrimento dos usuários, além contribuir para a perpetuação de uma prática excludente e estigmatizante.

Hoje, atuo como preceptora de núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Fortaleza, a qual a formação é pautada numa pedagogia dialógica e problematizadora. Nesse novo espaço, tive a oportunidade de questionar e refletir, juntamente com os residentes e demais preceptores, sobre como estão sendo desenvolvidas as ações de saúde mental na APS no município de Fortaleza.

Continuando minha caminhada posso afirmar que as oportunidades, muitas vezes, nos remetem para locais já visitados anteriormente. Com isso, a pesquisadora voltou a trabalhar num CRAS, agora no município de Fortaleza, e pôde observar a grande demanda de saúde mental nesse equipamento. Entretanto, o diálogo entre os equipamentos da saúde e da assistência social ainda é quase inexistente o que dificulta a integralidade do cuidado em saúde mental.

Essa trajetória me possibilitou a busca de novos conhecimentos e experiências, a incessante procura por um local onde eu pudesse construir novos

significados e práticas de cuidado em saúde e construir-me. A minha busca me trouxe ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da UECE. O fruto desse encontro de ideias e ideais, meus e a da minha orientadora, nos permitiu construir essa dissertação em total sintonia com nossa trajetória acadêmica, profissional e de vida.

## 1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a efetiva implantação do ideário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Foram estabelecidas rupturas conceituais. Na busca de superação do modelo biomédico e manicomial, foi proposto a substituição por um modelo acolhedor e inclusivo aos sujeitos que necessitam de cuidado. Este tinha como característica a construção de uma rede de serviços articulada no território, a qual possibilita a reinserção social e o exercício da cidadania do sujeito em sofrimento mental.

Nesta lógica, o cuidado às pessoas com sofrimento mental e aos drogadictos, entre outros, passa a ser desenvolvido junto as suas famílias e no território em que o indivíduo vive e trabalha. O movimento da reforma psiquiátrica propõe uma rede de cuidado na busca da desinstitucionalização destas pessoas, sugerindo serviços, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, ambulatórios de saúde mental, leitos em hospital geral, centros de convivência e atendimento na atenção primária à saúde (BRASIL, 2003).

A criação de serviços substitutivos em saúde mental deve ocorrer em articulação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com destaque para a Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que se constitui, hoje, como coordenadora e ordenadora do cuidado integral, o elo imediato entre unidades de atenção primária à saúde, família e comunidade. Dessa forma, compreendemos que a APS não deveria funcionar somente como porta de entrada ao sistema de saúde, mas realizar a integralidade das ações, incorporando a prevenção, a promoção e assistência (MERHY, 2002).

No entanto, a interação com a atenção primária ainda é incipiente. Essa frágil articulação entre os dispositivos da APS e a assistência à saúde mental nos municípios favorece o maior uso de psicofármacos, as reinternações, por conseguinte, conserva o portador de transtorno mental afastado de sua rede social.

As possíveis causas para essa desarticulação seriam: a pequena inserção das equipes da ESF nas comunidades, o não uso de equipamentos e recursos em saúde mental, profissionais não capacitados para trabalhar com portadores de transtorno mental e as ineficientes ações multiprofissionais e intersetoriais.

Além disso, a histórica segregação dos indivíduos em sofrimento mental nos hospitais psiquiátricos favorece essa cultura na qual a equipe de saúde da família se responsabiliza pelos atendimentos à saúde da população, com exceção dos problemas relacionados à saúde mental (LUCCHESE *et al*, 2009).

Estudos mostram que a atenção à saúde mental na atenção primária, muitas vezes, limita-se a práticas centralizadas nas tradicionais guias de referência e contrareferência, encaminha-se os pacientes para outras especialidades ou para o nível de maior complexidade, repercutindo na maioria das vezes em desresponsabilização pela produção de saúde (ALMEIDA 2010, BERTOLINO NETO, 2011, HIRDES; SILVA, 2014, OLIVEIRA *et al*, 2011) .

Com base nos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS) percebemos que são necessárias ações governamentais mais eficientes na área de saúde mental no mundo, pois 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; cerca de 6 a 8% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves devido uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual, entre 28,7% a 50% da população apresenta algum tipo de transtorno mental. Outrossim, de acordo com a Organização das Nações Unidas(ONU), entre 75% e 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado (WONCA, 2008; LUCCHESE *et al*, 2014a).

Associada a essa estimativa está à natureza crônica e incapacitante dos transtornos mentais, das vinte enfermidades que mais causam anos de vida com incapacidade, sete delas são transtornos mentais. São elas: transtorno depressivo, transtorno de ansiedade, uso de drogas ilícitas, uso de álcool, transtorno bipolar, esquizofrenia e distímia. Além do mais, indivíduos com transtorno mental aderem menos aos tratamentos contínuos, como hipertensão arterial e diabetes mellitus (LUCCHESE *et al*, 2014a; GONÇALVES *et al*, 2014).

Os dados supracitados revelam a magnitude do problema a ser enfrentado. Observamos que uma significativa parte dos portadores de transtornos mentais leves vem sendo atendida de alguma forma em Unidades de Atenção

Primária à Saúde, como: queixas psicossomáticas, uso abusivo de álcool e outras drogas, dependências de benzodiazepínicos, transtorno de ansiedade leve e depressão (WONCA, 2008).

Diante disso, a saúde mental na atenção primária se apresenta como uma questão complexa, portanto, já está presente como um desafio no cotidiano dos saberes e práticas dos profissionais dessa esfera de atendimento. É importante ressaltarmos que os usuários acometidos por sofrimento e/ou transtorno mental, desde alterações leves até as mais graves, necessitam de cuidados da equipe da APS, assim como as demais pessoas com condições crônicas de saúde.

De acordo Chiaverini (2011), os transtornos mentais comuns que devem ser atendidos na Atenção Primária são: quadros ansiosos e depressivos; uso abusivo de álcool e transtornos mentais orgânicos (epilepsia e quadro de demência), usuários dependentes de tabaco. De acordo com Hirdes e Silva (2014) o agir em saúde mental na APS é um processo complexo, visto que é necessário considerarmos os contextos políticos, organizacionais, estruturais e ideológicos que cada um está inserido.

Muitas dessas pessoas fazem uso contínuo de psicotrópicos sem acompanhamento de algum profissional da Atenção Primária, nem da Atenção Secundária. A grande maioria desses usuários apenas '*renovam*' as receitas mensalmente, algumas vezes, através de um parente ou do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Conforme os principais achados na literatura e realizando uma reflexão crítica reflexiva com nossa vivência profissional, isso nos permitiu identificar as dificuldades dos profissionais da Atenção Primária no acolhimento dessas pessoas em sofrimento e/ou transtorno mental e de definirem e identificarem a gravidade e/ou o risco da doença. Percebemos ainda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Município de Fortaleza fragmentada, o que vem agravando ainda mais essa problemática.

Várias foram as inquietações que emergiram durante a nossa caminhada, para respondê-las a autora propõe como objeto dessa pesquisa compreender as ações de saúde mental na atenção primária através do saber dos profissionais da ESF. Acreditamos que esse estudo poderá trazer significativas contribuições para os profissionais da Estratégia Saúde da Família e, para os usuários com algum tipo de transtorno mental e seus familiares. Visto que a reflexão sobre o processo de

trabalho e sobre as ações de saúde mental que estão sendo desenvolvidas na APS poderão proporcionar um ressignificado do cuidado, não focado apenas no uso de psicofármacos e nos encaminhamentos, mas em ações que visem promover o cuidado integral desses usuários.

Para alcançar os nossos objetivos, realizamos uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, os achados foram analisados segundo os preceitos básicos da análise de conteúdo temática preconizada por Minayo (2014). O processo de construção das informações empíricas foi obtido em duas fases distintas: na primeira fase foram realizadas as entrevistas semi estruturadas que aconteceram durante os meses de abril a julho de 2016; a segunda fase foi realização da Oficina de análise compartilhada dos dados e foi realizada em setembro de 2016.

Dessa forma, as discussões teóricas e o confronto analítico dos achados da pesquisa encontram-se assim organizados: **Capítulo I** – Introdução; **Capítulo II**– Objetivos; **Capítulo III** – Referencial Teórico, apresentado da seguinte forma: A saúde mental na atenção primária: contexto histórico, conceitos e diretrizes, assim como a relação entre o saber e o agir em saúde mental. Posteriormente, discutimos sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Finalizamos o capítulo apresentando o nosso estudo de caso: o Município de Fortaleza, mostrando suas singularidades e o modelo de gestão e atenção à saúde; **Capítulo IV** – Percurso Metodológico e os aspectos éticos do estudo; **Capítulo V** – Na apresentação dos resultados elencamos as três categorias empíricas que emergiram durante a nossa pesquisa: Concepção de saúde mental; Relação do saber profissional com saúde mental; Eu cuido? Como eu cuido?; **Capítulo VI** – Discutimos sobre os principais resultados do nosso estudo, o debate foi sistematizados didaticamente em três seções: o desafio de pensar saúde mental na contemporaneidade; formação em saúde mental; e ações de saúde mental na APS; **Capítulo VII** – Corresponde as considerações finais que foram construídas embasadas nos achados no estudo.

### 1.3.QUESTIONAMENTOS DO ESTUDO

Diante do exposto surgiram reflexões e as seguintes indagações:

- Quais as ações e práticas que os profissionais da Estratégia Saúde da Família vem desenvolvendo no contexto da Rede de Atenção Psicossocial no município de Fortaleza?

- Como se dá a inserção da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção Psicossocial no atendimento em saúde mental?
- Quais as demandas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para efetivar o cuidado integral em saúde mental?

## 2 OBJETIVOS

### 2.2 GERAL

- ✓ Compreender o saber e o agir dos profissionais da APS no contexto da Rede Atenção Psicossocial no Município de Fortaleza.

### 2.3 ESPECÍFICOS

- ✓ Averiguar o entendimento da equipe da estratégia saúde da família sobre o conceito de saúde mental;
- ✓ Identificar as ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais na APS no município de Fortaleza;
- ✓ Analisar como se dá a inserção da ESF na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento das demandas de saúde mental na perspectiva dos profissionais;
- ✓ Descrever as necessidades da equipe da ESF para desenvolver ações integrais no cuidado em saúde mental.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

##### **3.2.1 Contexto histórico, conceitos e diretrizes**

Na década de 80, a população Brasileira viveu o processo de redemocratização política com o fim do regime militar e ditatorial iniciado em 1964. Diante dessa conjuntura, o movimento de Reforma Sanitária Brasileiro ganhava espaço com a mobilização de novos sujeitos sociais de diversos segmentos, instigando assim um amplo debate que envolveu a sociedade civil (BRAVO, 2009; AGUIAR, 2011).

Diante desse amplo processo de discussão e de adesão ao movimento de Reforma Sanitária Brasileira, conquistamos uma mudança no arcabouço e nas práticas institucionais de saúde, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde que são embasados por princípios doutrinários e organizativos. Assim, as leis 8080/90 e 8142/90 estabelecem os princípios que direcionam o novo modelo de atenção que estava sendo implantado. Os princípios doutrinários são os seguintes: universalidade no atendimento, equidade e a integralidade. Os princípios organizativos incluem a descentralização político-administrativa, a regionalização, hierarquização da atenção e a participação e controle social (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Nesse contexto, o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro vem ganhando força e conquistando diferentes espaços de discussão. Paulatinamente, novos serviços são implantados e algumas normativas passam a entrar em vigor, tendo como proposta o resgate da cidadania do doente mental (BRASIL, 2005).

Contudo, apenas em abril de 2001, após quase doze anos tramitando no Senado, vivenciamos a aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica. A Lei nº 10.216 dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e norteia o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2001). Com isso, é priorizada a assistência em serviços de saúde de base comunitária, valorizando o ambiente em que o indivíduo convive com seus familiares e que mantém seus vínculos de amizade:

A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção da saúde e de reprodução social do paciente. [...] 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; LEONARDIS; MAURI, 2001, p.30).

Dessa forma, com a Reforma Psiquiátrica o processo de cuidar na área da Saúde Mental compete a todos os profissionais, não só os que atuam na psiquiatria. É necessário um saber que supere o modelo biomédico, medicalizante e hospitalocêntrico. Segundo Lucchese *et al* (2009) busca-se ações fundamentadas em dispositivos comunitários, direcionadas a pessoa e sua família, através de uma *práxis* transformadora.

O modelo de atenção psicossocial tem como finalidade restituir e fortalecer o exercício pleno da cidadania do indivíduo em sofrimento psíquico, focando suas ações em casa junto aos seus familiares, no trabalho e na comunidade com sua rede social de apoio. Enfatizando sempre a reinserção social do sujeito, por isso a importância do fortalecimento da RAPS (SARACENO, 1996).

Assim, as ações na perspectiva psicossocial devem olhar o indivíduo em sua totalidade, considerando as múltiplas dimensões humanas articuladas. Para a efetivação de uma atenção psicossocial é necessário consideramos as realidades locais como determinantes do modo de cuidar, além da singularidade de cada indivíduo, considerando sempre sua autonomia e responsabilização em todo o processo de cuidar em saúde mental (KANTORSKI e PINHO, 2011; LIBERATO, 2011).

Em relação à organização do cuidado em saúde na atenção primária, Starfield (2002) indica cinco atributos fundamentais: integralidade, coordenação do cuidado, continuidade – longitudinalidade do cuidado, responsabilidade e acessibilidade. Nesse estudo consideramos a integralidade como a base para o cuidado em saúde mental.

Segundo Starfield (2002) para um cuidado integral é imprescindível considerar todas as necessidades de saúde e o contexto em que o indivíduo vive. Sendo necessária a articulação entre a prevenção, promoção e a recuperação do cuidado em saúde, através de ações intersetoriais, multiprofissionais.

**Figura 1 – Princípio da APS selecionado para o nosso estudo com os aspectos a serem analisados.**



Fonte: Elaborado pela autora.

Carvalho (2006) destaca duas dimensões da integralidade: a dimensão horizontal refere-se o cuidado em todos os níveis de atenção, com encaminhamento corresponsável; e a dimensão vertical que aborda o indivíduo como um todo, um cuidado não fragmentado que vai além dos pressupostos biológicos.

Na atenção primária os usuários deixam de ser números de prontuários e passam a ser reconhecidos como cidadãos com suas histórias de vida e seus vínculos familiares e comunitários que vem se formando durante toda a vida. Os profissionais da atenção primária ultrapassam os muros institucionais e adentram nas casas e espaços comunitários do seu território o que favorece o cuidado em saúde mental.

Assim, por estarem inseridas na comunidade, as equipes da ESF são um recurso estratégico para o enfrentamento dos agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e várias formas de sofrimento psíquico.

Na ESF há, por assim dizer, um programa de Saúde Mental: há tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem resignificar seus sintomas e seus sofrimentos, pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental, desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de

participação e protagonismo político (LANCETTI; AMARANTE, 2013, p. 674).

As demandas de saúde mental já fazem parte do cotidiano das equipes da ESF, mas ainda não se incorporaram como objetos de suas práticas de saúde. Lucchese *et al* (2009) afirmam que atender saúde mental na atenção primária é bastante complexo, com isso é bem mais fácil o uso de tecnologias duras como a prescrição de medicamentos e o encaminhamento para outros níveis de assistência. Campos e Gama (2013) elencaram alguns fatores que dificultam o cuidado aos indivíduos em sofrimento mental na Atenção primária:

A falta de diretrizes do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de saúde mental não encontre uma escuta qualificada [...] (p. 225).

É imprescindível a parceria entre as equipes da ESF e as equipes do CAPS visto que há pacientes em comum entre os serviços, existindo assim casos que dizem respeito tanto ao CAPS como a atenção primária (FIGUEIREDO, 2006). O trabalho interdisciplinar permite um olhar integrado ao sujeito, isso porque as diferentes áreas do conhecimento colaboraram para uma melhor compreensão dos indivíduos e são capazes de propor intervenções que possam melhor atender às necessidades da população.

Diante das dificuldades apresentadas pelos profissionais da atenção primária no atendimento a demanda de saúde mental, foram implantados os Núcleos de Apoios à Saúde da Família (NASF) como um importante dispositivo para apoiar os trabalhadores da Equipe Saúde da Família (e-SF)<sup>1</sup> na área de saúde mental. De acordo com a Portaria nº 154/2008 cada equipe de NASF precisa ter pelo menos um profissional na área de saúde mental para orientar e oferecer a apoio técnico e institucional a e-SF. Os NASF devem ser compostos por profissionais que não façam parte da equipe mínima da e-SF, tendo como uma de suas finalidades executar o matriciamento das equipes. Entretanto, no município de Fortaleza, hoje, as equipes dos NASF são quase inexistentes (BRASIL, 2008).

---

<sup>1</sup> Sigla utilizada Ministério da Saúde em seus documentos oficiais.

A Portaria 154/2008 delimita as ações de saúde mental no NASF da seguinte maneira:

Atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação (BRASIL, 2008, p. 2)

A finalidade do Apoio Matricial é promover encontro de saberes que induza um fazer mais integral e menos fragmentado. Para Moraes (2010) o Apoio Matricial se apresenta como um suporte técnico especializado que é dado a uma equipe interdisciplinar de saúde, com a finalidade de qualificar sua prática e solucionar os problemas apresentados. A área de saúde mental se apropriou desse instrumento demonstrando uma prática transformada e mais reflexiva quando estabelecido esse diálogo entre as equipes envolvidas. Oliveira (2013) complementa afirmando que:

O Apoio Matricial introduz no processo de trabalho novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo, também, maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde (p. 273)

É necessário rompermos as barreiras e provocarmos uma imediata aproximação entre a Atenção Primária e os outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), precisamos buscar parcerias intersetoriais e sociais para atuarmos de forma integral na área de saúde mental. Dessa forma, necessitamos fortalecer o diálogo entre os inúmeros dispositivos da RAPS, visando um cuidado compartilhado e corresponsável, para isso é imprescindível revermos estratégias e tecnologias de cuidado.

### **3.2.2 O saber e o agir**

Com o processo de implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e com a efetivação de novas configurações do modelo assistencial de saúde, surge a necessidade de modificações na formação dos profissionais de

saúde visando superar a fragmentação do saber e da realidade estabelecida e difundida no modelo biomédico.

O fortalecimento da ESF tendo na sua essência a universalidade, a integralidade, a longitudinalidade, a equidade e, acima de tudo, a resolutividade, origina a necessidade de uma formação voltada para as demandas de saúde da comunidade e para o trabalho interdisciplinar. Diversos autores discutem sobre a importância de uma revisão nos conteúdos curriculares no sentido de atender as necessidades de saúde do nosso país e a realidade social da população (CAMPOS *et al.*, 2001; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; RONZANI; RIBEIRO, 2003).

São várias e complexas as atribuições de uma equipe multiprofissional de saúde, demandando de seus trabalhadores conhecimentos atualizados e autonomia em suas ações. Assim, é necessário que os mesmos desenvolvam competências e habilidades para analisar situações e consigam encaminhar soluções para os problemas identificados, especialmente na Atenção Primária que tem como uma de suas funções essenciais resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. Além disso, é preciso prepará-los para as relações pessoais, a formação de vínculos e a convivência humanizada com os usuários e com a equipe de saúde, não esquecendo que o vínculo é importante para o restabelecimento e a promoção da saúde (COSTA; MIRANDA, 2009).

Para analisarmos a formação na área da saúde mental no contexto da APS é basilar pensarmos na edificação de novos saberes e práticas. Segundo Neves *et al* (2012), para que ocorra essa aproximação é necessário que os profissionais construam suas ações direcionadas para a atenção psicossocial ao sujeito em sofrimento mental, executando práticas voltadas para a *reinserção desse sujeito ao convívio social e de sensibilização às subjetividades nas relações em saúde*(p.54).

Para que ocorra a reintegração desse sujeito na comunidade e para que possamos promover o empoderamento do mesmo é fundamental fortalecermos a atenção à Saúde Mental nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Esse é um ambiente fértil para vislumbrarmos a integralidade do cuidado com ações preventivas e curativas, individuais e comunitárias, além de abranger os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.

A integralidade enquanto categoria continua sendo um conceito em construção, e pressupõe um modo de atuar democrático do saber e fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança. A integralidade como um modo de organizar as práticas de saúde deve ser horizontalizada, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. (GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 289).

Nessa perspectiva, a integralidade da atenção às pessoas em sofrimento mental requer desconstrução e construção das ações cotidianas dos profissionais da APS incorporando saberes e práticas intrínsecos aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A oferta da atenção integral à saúde demanda adoção de práticas produtoras de saúde, norteadas pelos conceitos de autonomia e integralidade (NEVES *et al*, 2012).

Para isso, precisamos superar o modelo ainda hegemônico de educação em saúde. Tal modelo é centrado em conteúdos compartimentados, estimulando o saber especializado e a reprodução de práticas tradicionais de saúde que não atendem ao conceito de atenção ampliada em saúde mental. Além disso, vai além de treinar os profissionais no desempenho de suas funções. Para Freire (1996, p. 22) *a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática.*

O conceito ampliado de saúde supera a dimensão simplória de ausência de doenças, e afirma que para garanti-la, é necessário considerar os fatores sociais, políticos, econômicos e culturais. O profissional que é formado nessa perspectiva desenvolve um olhar diferenciado para aquele que possui algum tipo de transtorno mental, visto que poderá instrumentalizar suas práticas tendo o indivíduo e suas famílias como sujeitos de suas ações.

As lacunas deixadas na formação dos profissionais de saúde, podem ser preenchidas através do processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), baseado em pressupostos que superem as práticas focadas no modelo asilar considerando uma nova perspectiva de saúde.

A EPS é essencial para que os trabalhadores da saúde possam encarar o desafio de produzir transformações em suas práticas. Para Ceccim (2005, p. 162):

[...] aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que gerem auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional,

enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

As ações de EPS são fundamentais para o fortalecimento de práticas reflexivas e mais resolutivas. Entretanto, o estudo realizado por Neves *et al* (2012) nos mostra que das formações que são ofertadas aos profissionais da APS, as da área da saúde mental são quase inexistentes. Sendo abordadas essencialmente aquelas temáticas referente aos programas prescritos pelo Ministério da Saúde para a atenção primária. Esse é um fator que pode limitar ainda mais as ações de saúde mental na atenção primária.

As práticas de saúde mental na atenção primária demandam uma complexidade de saberes e fazeres necessários além das técnicas e da gestão. Dessa forma, é imprescindível produzir um novo olhar, ofertar uma escuta qualificada e uma forma de cuidar da loucura diferente das já cristalizadas, como a prescrição indiscriminada de medicamento e o isolamento social do indivíduo.

A área da Saúde Mental é um campo de conhecimento em saúde que perpassa por diversos saberes, assim se faz necessário uma ação interdisciplinar e transversal. A formação de um novo profissional da APS para promover ações na área da Saúde Mental se daria com o reconhecimento das competências exigidas. Assim, esse reconhecimento poderia estimular a instrumentalização desses profissionais para um cuidado integral a esses indivíduos em sofrimento mental.

### 3.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A rede de atenção à saúde é uma estratégia essencial para responder as necessidades de saúde de uma população, já que tem missão, objetivos e ações únicas e interdependentes que permitem oferecer atenção contínua e integral as pessoas. A oferta dos serviços de saúde em rede contribui para a produção da integralidade, a melhoria na qualidade dos serviços, a satisfação dos usuários e a redução dos custos dos sistemas de atenção à saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008; MENDES, 2011).

No Brasil, as RAS nasceram com as propostas de organização regionalizada e hierarquizada do sistema de saúde, com as lutas pela reforma sanitária e definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde e como estratégia

central para o novo modelo de gestão que estava emergindo. As RAS são instrumentos criados para garantir o direito à saúde, facilitando o acesso integral de forma igualitária.

Mendes (2011) define as RAS como sendo arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que objetivam assegurar a integralidade do cuidado garantindo ações e serviços contínuos e conseqüentemente a resolutividade dos problemas de uma população, tendo a Atenção Primária como coordenadora e ordenadora da atenção (BRASIL, 2010a).

Considerando essa necessidade do trabalho em rede, voltamos nossa atenção para a efetivação do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira que também requer uma reorganização do modelo assistencial em saúde mental pautado em uma concepção ampliada de saúde, compreendida não somente como a ausência da doença, mas na perspectiva de proteção, promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais. Por conseguinte, com a progressiva superação de um modelo que vigiava, excluía e isolava o indivíduo, surge a necessidade da implementação da rede de serviços substitutivos que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

Diante da densidade que é a abordagem em saúde mental, entendemos que não apenas um serviço poderá abrangê-la em sua totalidade, mas somente o cuidado em rede é apropriado para acolher a complexidade dessa demanda. É o agir em rede de diversos equipamentos que pode afiançar a resolutividade dos problemas que acometem os indivíduos em sofrimento/transtorno mental (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria Ministerial n°. 3088/2011 e é uma rede de saúde mental integrada e articulada nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e com demandas decorrentes de transtornos mentais e ainda do consumo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011a)

De acordo com a referida portaria em seu *Artigo 3º* são objetivos gerais da RAPS (BRASIL, 2011a, p. 3):

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Esta portaria constitui um avanço importante para o cuidado em saúde mental e atenção psicossocial no Brasil. Nas diretrizes para o funcionamento da RAPS apreendemos o avanço dessa rede no sentido de resgatar a necessidade de articulações para o cuidado em saúde mental: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; e desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania (BRASIL, 2011a).

Diante disso, é assegurado ao indivíduo em sofrimento mental receber assistência à sua saúde por quaisquer das portas de entrada: nas equipes de ESF, nos CAPS e, quando se tratar de quadro agudo, também nas unidades de urgência/emergência. Durante o cotidiano laboral a autora escuta relatos de situações nas quais as demandas de saúde mental que chegam as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no município de Fortaleza são reprimidas, restringindo o atendimento desses indivíduos ao único hospital de Emergência Psiquiátrica do Ceará, o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, localizado no Bairro Messejana.

A proposta de organização da RAPS rompe com o modelo tradicional hierárquico e hospitalar e nos apresenta o território é conceito essencial, não somente como um espaço geográfico, mas como cenário vivo, onde as pessoas vivem, trabalham e constroem suas histórias. Para Santos (2005) “*é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social*” (p. 07).

Dessa forma, a promoção de práticas de saúde mental conjuntamente com a comunidade e no território onde as pessoas habitam nos possibilita resgatar novos saberes e potencialidades, proporcionando uma construção coletiva de soluções (MACHADO, 2011).

Nesse contexto, os CAPS passaram a assumir um papel estratégico na articulação da RAPS, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, articulando, juntamente com as equipes da Atenção Primária, os recursos existentes em outros setores, buscando constantes parcerias intersetoriais e sociais (BRASIL, 2004).

Assim, com o nosso estudo pretendemos despertar nos profissionais da Atenção Primária um novo olhar para a demanda de saúde mental, criando novas possibilidades de cuidar das pessoas em sofrimento mental, ou seja, ampliando as estratégias assistenciais. As equipes da ESF, por estarem próximas a comunidade, podem utilizar com mais facilidade os dispositivos coletivos presentes em seus territórios, como potencializadores da produção de saúde, uma vez que auxiliam e são fundamentais para a reabilitação psicossocial.

### 3.4 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DO MUNICÍPIO FORTALEZA

#### 3.4.1 Caracterização do município e serviços de saúde

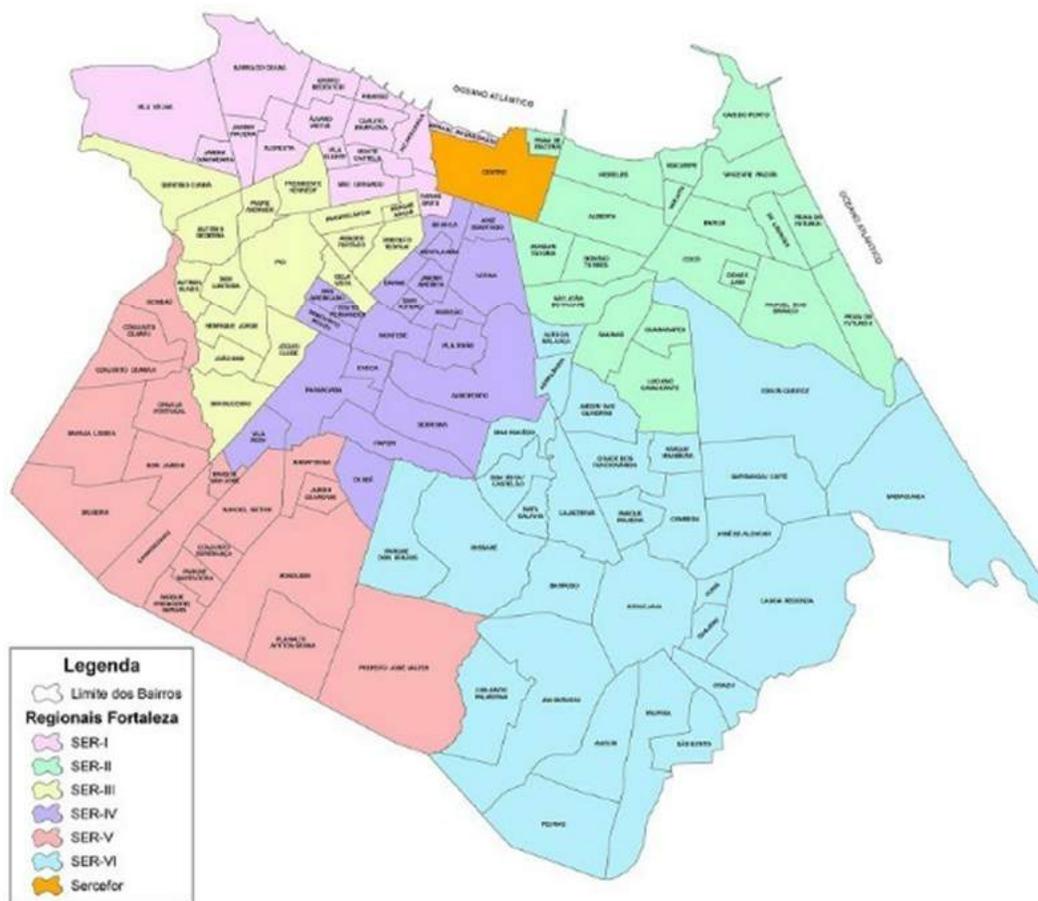
Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizado na região Nordeste Brasileira. Fortaleza é uma cidade turística, conhecida pelas suas belíssimas praias e a hospitalidade de seus habitantes. Sua população atual é aproximadamente 2,5 milhões de habitantes, sendo a cidade mais populosa do Ceará, a quinta do Brasil e a 91ª mais populosa do mundo (IPECE, 2012).

O relatório sobre as cidades latino americanas feito pelo Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos afirmou que Fortaleza é o segundo município mais desigual do Brasil, perdendo apenas para o município de Goiânia e a quinta cidade mais desigual do mundo com a pior distribuição de renda entre as cidades da América Latina (FORTALEZA, 2014a).

Fortaleza possui uma grande concentração espacial de renda, o que provoca situações conflituosas, dificulta a mobilidade urbana e o acesso aos serviços de saúde e educação. Segundo o IPECE (2012), o bairro que possui maior renda *per capita* é o Meireles (SR II), tendo uma renda média 15,3 vezes maior do que o Palmeiras (SR VI), bairro com menor renda *per capita* da capital cearense.

A cidade de Fortaleza está dividida em 119 bairros e para fins administrativos esses bairros estão distribuídos em seis Secretarias Regionais (SR), além da sétima que é denominada de Secretaria Regional do Centro de Fortaleza (Figura 1):

**Figura 2 – Divisão dos Bairros por Secretarias Regionais de Fortaleza, Ce.**



Fonte: SMS/PMF

Estas são instancias executoras das políticas públicas, que de forma articulada definem suas prioridades de acordo com a necessidade da região, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestam os serviços articulados em uma rede de proteção social. Essa divisão visa descentralizar a administração para os bairros e, desse modo, facilitar a gestão municipal.

No setor saúde, a política pública municipal é gerenciada em cada uma das seis SR por meio da Coordenadoria de Saúde, subordinada e orientada pela

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Fortaleza. A Secretaria Regional do Centro não possui coordenadoria de saúde.

De acordo com o Organograma da SMS (*ANEXO A*) as Coordenadorias Regionais de Saúde estão diretamente subordinadas ao Secretário Executivo, sendo coordenadas por estas Coordenadorias as UAPS, os CAPS e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O presente Organograma apresenta a Célula de Atenção à Saúde Mental subordinada a Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde (FORTALEZA, 2014b).

Para entendermos a RAS do município de Fortaleza é necessário conhecermos a estrutura de APS, assim como a sua formação. O Programa Saúde da Família foi implantado no município de Fortaleza em 1998, quatro anos após ser instituído pelo Ministério da Saúde. Sendo que, segundo Oliveira (2015), somente a partir de 2005, com a mudança da gestão municipal, houve uma reorientação no modelo de atenção (PONTE, 2014).

Entre os anos de 2006 a 2008, foram formadas 460 equipes de Saúde da Família, ampliando a cobertura de 16% para 43,44%, atingindo uma cobertura maior do que a média nacional que era de 31,92% no ano de 2002 (FORTALEZA, 2008; FROTA, 2009; ANDRADE et al, 2013). De acordo com Oliveira (2015), nesse período, *várias unidades de saúde foram reformadas e passaram a ser denominadas de Centros de Saúde da Família* (p. 21).

A administração municipal vigente vem investindo em melhorias na estrutura física das unidades de saúde e na implantação de um modelo de atenção que possa dar respostas tanto às condições agudas, quanto às condições crônicas dos usuários<sup>2</sup> (MENDES, 2011). Além do mais, houve uma mudança na nomenclatura dos equipamentos da APS, sendo assim os Centros de Saúde da Família passaram a ser chamados de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), denominação já utilizada em alguns municípios nas regiões Sul e Sudeste do país.

Atualmente, a Atenção Primária no município de Fortaleza é executada por 444 equipes da Estratégia Saúde da Família, destas 359 são completas, e 247 equipes de Saúde Bucal (SB), o que constitui uma cobertura de aproximadamente

---

<sup>2</sup> No próximo tópico discutiremos com mais detalhes o atual modelo de gestão e atenção da APS em Fortaleza – Ce.

47,4% da população<sup>3</sup>. Além disso, conta com 09 (nove) equipes de NASF, sendo somente uma completa de acordo com a da Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a). Essas equipes dão suporte a aproximadamente 81 equipes de saúde da família. Os profissionais da Atenção Primária no município de Fortaleza estão alocados em 108 UAPS, distribuídas por regionais da seguinte forma: 14 Unidades na SR I, 12 Unidades na SR II, 17 Unidades na SR III, 13 Unidades na SR IV, 24 Unidades na SR V e 28 Unidades na SR VI<sup>4</sup>.

Já a rede assistencial em saúde mental pública municipal de Fortaleza dispõe de: 06 (seis) CAPS Geral, desses 05 (cinco) são do tipo II, apenas o CAPS Geral da SR II é qualificado como CAPS III; 02 (dois) CAPS Infantil, um deles atende a população das SR pares (II, IV e VI) e o outro atende a população das SR ímpares (I, III e V); 06 (seis) CAPS Ad, sendo apenas dois funcionando 24 horas; 02 (duas) Residências Terapêuticas; 02 (duas) Ocas de Saúde Comunitária; o Centro Integrado de Referência sobre drogas; leitos de desintoxicação em hospitais gerais; Unidade de Acolhimento Adulto Silas Munguba; convênios com Comunidade Terapêutica<sup>5</sup>.

Na rede de saúde mental de Fortaleza podemos contar ainda com três Hospitais Psiquiátricos: Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo e Hospital Nosso Lar. Desses, somente um é uma instituição pública que é a única emergência psiquiátrica do Ceará, é administrado pelo Governo do Estado, o segundo é uma Instituição Filantrópica e o terceiro possui leitos conveniados ao SUS e particulares. (AMARAL, 2013).

O suporte de emergência em saúde mental é realizado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) por uma única ambulância que funciona 24 horas por dia. Os atendimentos realizados pelo SAMU são encaminhados para o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, que possui a função de regulação do fluxo de atendimento. Não há nenhum contato entre o paciente e CAPS durante esse processo (AMARAL, 2013).

---

<sup>3</sup> Foi considerado nesse cálculo da cobertura da Estratégia Saúde da Família o quantitativo de equipes completas, com o referencial de 3.450 pessoas por equipe e a população estimada para o ano de 2016 de 2.609.716 habitantes (IBGE, 2016)

<sup>4</sup> Dados fornecidos pela Célula de Atenção Primária - COPAS/SMS em Setembro de 2016.

<sup>5</sup> Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – Julho/2016.

Diante dessa RAS fragmenta e incipiente, o município de Fortaleza vem realizando algumas ações para fortalecer o cuidado em saúde mental na atenção primária. Dessa forma, está sendo implantado nas UAPS que são denominadas de Unidade Laboratório o instrumental de classificação de risco em Saúde Mental. O termo Unidade Laboratório foi criado pela atual gestão para que essas UAPS sejam referências em suas respectivas SR, visando validar os fluxos de atendimentos e os Procedimentos Operacionais Padrão(POP) para posteriormente serem replicados nas demais Unidades de Atenção Primária à Saúde do município.

Assim, para que o nosso estudo não fosse direcionado diante da conjuntura do município de Fortaleza, utilizamos como critério de exclusão ser uma Unidade Laboratório. Com isso, excluimos de imediato as seguintes UAPS para a realização da nossa coleta de dados: Casemiro Filho (SR I); Benedito Arthur de Carvalho (SR II); Humberto Bezerra (SR III); Luís Albuquerque Mendes (SR IV); Guarany Montalverne e Jurandir Picanço (SR V); Anísio Teixeira e Cesar Cals (SR VI).

A estratificação de risco em saúde mental é uma estratégia para identificar as pessoas em sofrimento e/ou transtorno mental, para que assim possa ser ofertado um cuidado mais apropriado, além disso, permite que as equipes se organizem para possibilitar este cuidado. Com isso, a escolha dos parâmetros para a estratificação de risco foi fundamentada, sobretudo, na necessidade de definir o nível em que ocorrerá a assistência em saúde, sem a necessidade definir um diagnóstico inicialmente (PARANÁ, 2014).

Esse processo ainda está acontecendo, visto que a adesão vem ocorrendo de forma gradual por SR. A nossa experiência diária enquanto preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família numa das unidades de saúde que a estratificação de risco em saúde mental vem sendo implantada, no permite fazer algumas observações: resistência da equipe da e-SF em utilizar o instrumental de estratificação de risco, talvez porque o processo de sensibilização e capacitação foi superficial e desarticulado; para que realmente seja efetivada a implantação do instrumental de estratificação de risco nas ações do APS é necessário um acompanhamento sistematizado da equipe matriciadora da atenção especializada; necessidade de adequar o instrumental que está sendo utilizado, já que o mesmo é o que vem sendo utilizado no Estado do Paraná e foi elaborado para a realidade desse Estado.

Diante disso, sentimos necessidade de conhecer o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza do quadriênio 2014 – 2017, o mesmo estabelece seis diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial do município (FORTALEZA, 2014a):

**Quadro 1 - Diretrizes para RAPS do município de Fortaleza**

DIRETRIZ	OBJETIVOS
1. Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, ancorado na estruturação dos componentes e dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecer a política municipal de saúde mental, álcool e outras drogas, estruturando os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);</li> <li>2. Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.</li> </ol>
2. Fortalecimento da Estratégia de desinstitucionalização.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantir cuidado integral as pessoas com transtornos mentais com histórico de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos e com perdas de vínculos familiares;</li> <li>2. Garantir a inclusão social das pessoas com transtornos mentais que fazem ou não uso de crack, álcool e outras drogas através de um centro de convivência no Município.</li> </ol>
3. Promoção de estratégias de manutenção da Rede de Atenção Psicossocial, com foco na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garantir a qualificação da prática de atenção no serviço.</li> </ol>
4. Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desenvolver dispositivos focados no protagonismo dos sujeitos coletivos</li> </ol>
5. Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social e produtiva com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.</li> </ol>
6. Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e a sociedade civil;</li> <li>2. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de Crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio de acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.</li> </ol>

Fonte: SMS/PMF (2014a)

Perante as diretrizes e os seus respectivos objetivos supracitados, podemos perceber que não há um direcionamento para o fortalecimento da saúde mental na atenção primária no município de Fortaleza. As ações propostas têm como

foco a atenção especializada, inclusive as ações capacitação e educação permanente em saúde mental.

### **3.4.2 O Modelo de gestão e atenção à saúde no município de Fortaleza**

Os Sistemas de Atenção à Saúde precisam ser organizados para responderem às necessidades de saúde da população. O retrato da situação de saúde no município de Fortaleza é expresso pela não superação das doenças infecciosas e carenciais, as enfermidades e óbitos originados de causas externas e a forte presença das condições crônicas.

Assim, o Modelo de Gestão e Atenção adotado pelo município de Fortaleza tem a perspectiva de integrar os diferentes equipamentos e serviços de atenção à saúde para que as demandas da população sejam respondidas integralmente e de forma contínua. O modelo foi definido em consonância com a construção do mapa estratégico da SMS e definição das Redes prioritárias de Atenção à Saúde (RAS) que tem como característica a horizontalidade das relações nos diversos espaços de atenção à saúde, possibilitando o cuidado multiprofissional e intersetorial. É importante destacar que esse processo foi embasado no referencial teórico da equipe de Consultoria coordenada pelo Dr. Eugênio Vilaça, consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (FORTALEZA, 2014a).

Para o funcionamento da RAS é necessário o fortalecimento da Atenção Primária, visto que a mesma é coordenadora da RAS e a ordenadora do cuidado à saúde. A APS tem como função ser resolutiva em relação aos problemas mais comuns de saúde.

De acordo com Fortaleza (2014a), esse novo Modelo de Gestão e Atenção propõe o fortalecimento da APS tendo como maior desafio o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família. Segundo a Célula da Atenção Primária a cobertura da ESF no município de Fortaleza, em dezembro de 2014, era de apenas 46,2%. Deste modo, as ações propostas pelo Plano Diretor para o fortalecimento da Atenção Primária é a melhoria nas estruturas e construção de novas UAPS, o aprimoramento do processo de trabalho das Equipes Saúde e-SF e NASF e um maior monitoramento e avaliação dos resultados.

Levando em consideração que o ambiente é um espaço de produção de cuidado, visto que o foco da Gestão é uma atenção acolhedora, humana e acima de

tudo resolutiva, entre Janeiro de 2014 à Julho de 2016 tivemos 66 UAPS reformadas e 18 UAPS construídas e todas já em funcionamento no município de Fortaleza.

Presenciamos ainda uma significativa mudança no processo de trabalho da APS, principalmente com a ampliação do horário de funcionamento das UAPS: 7h às 19h, de segunda-feira à sexta-feira. Durante esse processo, houve uma alteração na carga horária dos profissionais de nível superior da e-SF, suas 40 horas semanais foram divididas da seguinte forma: 8 horas são destinadas a atividades de educação permanente e 32 horas para assistência. Essas 32 horas destinadas à assistência são cumpridas com um dia de trabalho de oito horas e quatro dias de seis horas.

No tocante ao modelo de atenção à saúde foi implantado um modelo de atenção às condições crônicas e agudas. Com relação às condições agudas, o modelo preconiza que na organização do serviço, sejam definidos por turno, um médico e um enfermeiro visando o acolhimento às condições agudas, que utiliza uma adaptação do Protocolo de Manchester, padrão de triagem de risco empregado na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. No que se refere às condições crônicas, a organização do processo de trabalho consiste na estratificação de riscos com implantação das agendas parametrizadas e a adequação do Prontuário Eletrônico às diretrizes clínicas.

O Prontuário Eletrônico já foi instalado em todas as UAPS do município de Fortaleza, assim como em alguns outros pontos da RAS. Esse é um instrumento importante para potencializar a atenção integral aos indivíduos e facilitar a comunicação entre os serviços. Corroborando com essa afirmação Lunardelli, Tonello e Molina (2014), afirmam que através do prontuário eletrônico é possível visualizar todos os procedimentos realizados que foram registrados pelos profissionais de saúde, tornando o sistema mais fluido e rápido. O prontuário eletrônico ainda não é utilizado pelos CAPS, não foi possível identificarmos o porquê e nem quando os CAPS vão aderir a esse sistema.

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Essa é uma pesquisa social em saúde caracterizada por Minayo (2015) como sendo toda investigação que aborda o processo saúde-doença, as práticas e instituições construídas para seu enfrentamento e suas representações pelos diferentes atores que atuam no campo: trabalhadores, gestores e usuários.

Na busca de dar conta dessa análise elegemos a pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, para o desenvolvimento do presente estudo. A metodologia da pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva crítica-analítica, foi selecionada como a possibilidade de compreendermos o fenômeno social e suas relações no campo da saúde mental e da atenção primária. Campo este, que, em tese, tem instrumentos para promover a atenção integral à pessoa com transtorno mental, mantendo-o inserido no meio familiar e comunitário.

Os estudos qualitativos são caracterizados pelo aprofundamento e abrangência da compreensão sobre determinada situação ou problema. Segundo Minayo (2014), esse é o método que podemos usar ao estudarmos a história, as relações, as crenças, as percepções, e o resultado das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam.

Para Cavalcante (2014) o estudo qualitativo busca apreender um saber que vai além da superfície textual, onde o pesquisador poderá compreender as ligações entre os diversos elementos e assim ter maior compreensão do seu objeto de estudo. Segundo Minayo (2014):

O método qualitativo tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia à construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (p.57).

Ainda são restritos os estudos referentes às ações de saúde mental na atenção primária, assim tivemos que utilizar métodos que nos permitiram uma maior aproximação com o objeto de estudo. Com isso, provavelmente, intensificaremos a nossa interação com o mesmo, possibilitando-nos transformar a realidade social, além de despertar os diversos sujeitos sociais para modificar suas ações nos

serviços de saúde. Driessnacket *al* (2007) afirmam que na abordagem qualitativa o processo de pesquisa é indutivo ao invés de dedutivo, começando com objetivos exploratórios mais amplos que nos permitem focalizar no estudo sem esgotar, prematuramente, aspectos que possam ser julgados como essenciais ou relevantes. Os estudos qualitativos na área da saúde vêm crescendo, isso porque a complexidade desse campo reivindica um método que valorize o componente humano com mais intensidade (MORAIS, 2010).

Como estamos diante de um estudo acerca de fenômenos sociais que vem atingindo um grande número de pessoas, Serapioni (2000) considera que o método qualitativo tem o potencial de fazer surgir novos aspectos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, mostrando-se capaz de descobrir novos nexos e explicar significados.

Optamos por realizar um estudo de caso visto que o mesmo tem a preocupação de mostrar a complexidade em uma situação particular, focalizando o problema em sua plenitude. Para Yin (2015), estudo de caso é uma investigação empírica, um método que abrange tudo: planejamento, técnicas de coleta de dados e análise dos mesmos. De tal modo, busca-se nessa pesquisa retratar a realidade com profundidade à medida que vamos adentrando em todos os seus aspectos e conhecemos o contexto em que ela permanece.

O estudo de caso favorece o conhecimento de uma realidade delimitada onde poderemos conhecer suas especificidades diante de suas situações limites, o que possibilita a realização de novas pesquisas e a formulação de recomendações e planejamentos diante das possíveis demandas encontradas.

Assim, considerando que uma das finalidades deste trabalho é investigar a própria prática a fim de disparar, despertar e promover uma análise crítica pelos próprios profissionais com o intuito de modificá-la, justificamos a preferência por um método que visa à atividade transformadora e à reflexão, por meio da participação ativa dos principais atores da prática.

É importante destacarmos que a ESF tem possibilitado novas alianças que ajudam a promover na prática a superação dos modelos tradicionais no lidar com a saúde. Além disso, a própria estruturação das equipes da ESF podem colaborar para transformações na lógica dos serviços de saúde mental, na proporção em que estas equipes foram constituídas numa dialética itinerante de movimentação no território. Contudo, percebemos que as equipes dos CAPS e das

UAPS ainda são pouco articuladas apesar de partilharem dos mesmos princípios, noções e conceitos (DELFINI; REIS, 2012; MOURA et al, 2012).

Para que sejam incluídas ações de saúde mental na atenção primária é necessário que haja uma política de saúde que perpassa pelas três esferas do governo garantindo formas de financiamento capaz de manter a conexão e a operacionalização das estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social, nestas formas de serviços substitutivos (HIRDES; SCARPARO, 2015).

Podemos afirmar que essa escolha se justifica pela característica do estudo onde procuramos averiguar o conhecimento dos profissionais da atenção primária sobre saúde mental e a interface com a sua prática profissional. Tivemos a oportunidade de conhecer o cotidiano do cuidado em saúde mental nas UAPS e analisar, através das opiniões emitidas por um grupo de profissionais da e-SF e NASF, como estes se vêem como parte integrante deste processo e como estão inseridos na teia das relações de cuidado integral.

## 4.2 O CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

### 4.2.1 O Local do estudo: UAPS e os critérios das escolhas

A pesquisa teve como cenário a cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, selecionada devido à atuação da autora, como preceptora do núcleo de serviço social da Residência Integrada em Saúde da Família na SR IV.

A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde de cada Secretaria Regional. Utilizamos os seguintes critérios de inclusão para selecionarmos as áreas da pesquisa: ser a UAPS que abrange maior extensão territorial em cada uma das seis Secretarias Regionais. Visto que, diante desse critério abrangeremos uma maior área do território do município de Fortaleza.

Ao discorrermos sobre território percebemos que ele transcende a superfície do solo e as características geofísicas para constituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de conquistas, de encontros. De acordo com Santos (2003, p. 311) *território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também, o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições*. Esta é a definição de território vivo que engloba a teia de relações humanas que se constroem sobre uma base geográfica, influenciada por fatores

econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos. Esses fatores e suas inter-relações são os determinantes do processo saúde-doença sobre os quais a equipe de saúde e a própria população têm co-responsabilidade, contando com o apoio de outros setores afins ao sistema de serviços de saúde

Deste modo, o estudo foi realizado nas seguintes UAPS: João Medeiros (SR I), Rigoberto Romero (SR II), Anastácio Magalhães (SR III), Roberto Bruno (SR IV), Abner Cavalcante (SR V) e Galba de Araújo (SR VI) (Quadro 1).

**Quadro 2 – Perfil das UAPS pesquisadas**

SR	UAPS	Nº e-SF e SB	Nº ACS	NASF	Profissionais NASF
I	João Medeiros	06 e 04	49	Sim	01 Assistente Social; 01 Fisioterapeuta; 01 Terapeuta Ocup.
II	Rigoberto Romero	05 e 05	18	Não	
III	Anastácio Magalhães	05 e 03	22	Sim	01 Assistente Social; 02 Fisioterapeutas; 01 TerapeutaOcup.
IV	Roberto Bruno	03 e 03	15	Sim	01 Assistente Social; 01 Nutricionista.
V	Abner Cavalcante	04 e 02	31	Não	
VI	Galba de Araújo	04 e 03	18	Não	

Fonte: DATA-SUS Março de 2016

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

No presente estudo optamos por investigar o saber e o agir dos profissionais da APS no contexto da Rede Atenção Psicossocial no Município de Fortaleza onde buscamos através dos profissionais da atenção primária entenderas questões relacionadas à saúde mental dos usuários do seu território, onde, através do cuidado integral, visamos à melhoria no atendimento dessa demanda no nosso município.

Para que pudéssemos alcançar o nosso objeto de estudo foi imprescindível que os sujeitos da pesquisa fossem atores sociais convivência no processo de cuidar dos usuários do seu território.

Assim, tivemos possibilidade de incluir opiniões e visões diversificadas sobre o objeto do nosso estudo. Participaram do estudo, profissionais de diversas categorias da área da saúde, visto que, segundo Patton (2002) a maior diversidade

na coleta de dados permite uma descrição mais detalhada da realidade, assim como o olhar singular de cada ator vai nos trazer uma maior qualidade das informações.

A representatividade do grupo na fala do indivíduo, portanto, ocorre tanto o comportamento social como o individual obedece a modelos culturais interiorizados, ainda que as expressões pessoais apresentem sempre variações em conflito com as tradições (MINAYO, 2014, p.208).

A representação de cada indivíduo foi pensada e teorizada, levando em consideração os elementos comuns e peculiares que cada sujeito nos apresentou (MINAYO, 2014). Em relação à quantidade de sujeitos, consideramos a saturação como um fator importante para a suspensão da inclusão de novos participantes. Contudo, consideramos que um ponto total de saturação é inalcançável, perante a complexidade que é a subjetividade humana (MARTINÉZ-SALGADO, 2012).

Diante disso, participaram da pesquisa representantes da e-SF e NASF das UAPS selecionadas, sendo: 27 profissionais das e-SF e 04 profissionais do NASF, totalizando 31 atores sociais. Integraram o estudo as seguintes categorias profissionais: 05 (cinco) dentistas, 05 (cinco) enfermeiros, 05 (cinco) médicos, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 05 (cinco) técnicos de enfermagem, 06 (seis) Agentes Comunitários de Saúde, 03 (três) fisioterapeutas e 01 (um) nutricionista (APÊNDICE A).

**Figura 3 – Categorias profissionais participantes do estudo.**



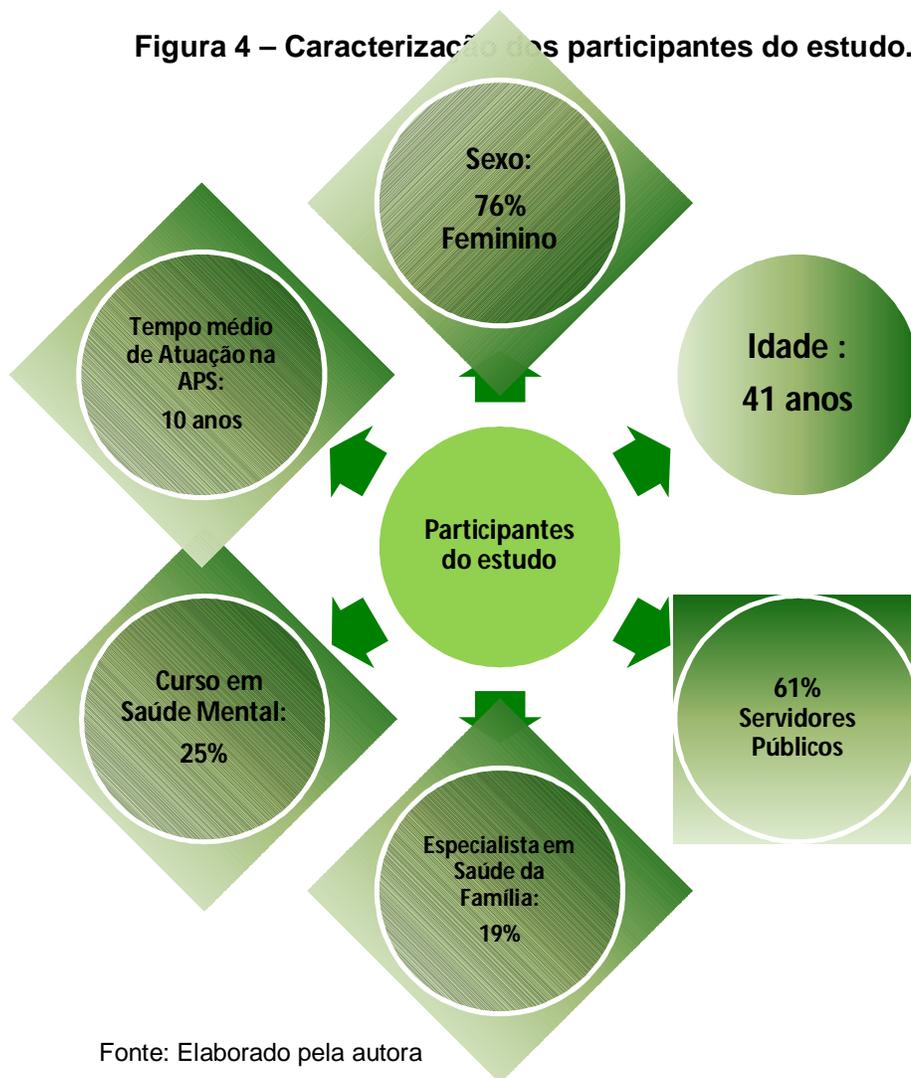
Fonte: Elaborado pela autora

Utilizamos os seguintes critérios de inclusão previamente definidos: profissionais lotados nas UAPS selecionadas e que estão desempenhando suas atribuições há pelo menos um ano; profissionais que concordarem em participar do estudo mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B); profissionais que não estavam de férias e ou licença no período das entrevistas.

Os profissionais que participaram do estudo foram entrevistados individualmente durante o período de 20 de abril a 06 de Julho de 2016. Foram realizadas no ambiente de trabalho de cada profissional de acordo com a disponibilidade de tempo do entrevistado. Levamos ainda em consideração os espaços disponíveis em cada UAPS, com a finalidade de garantir a privacidade de todo os participantes da pesquisa. Cada entrevista teve duração média de 25 minutos e foram guiadas por um roteiro com perguntas abertas, elaboradas de acordo com os objetivos da pesquisa (APÊNDICE C). Ressaltamos que esses questionamentos elaborados previamente em nenhum momento nos limitou, apenas foram o norte para tornar nossa conversa mais dinâmica e rica em detalhes.

Dos participantes 23 são do sexo feminino e apenas 08 (oito) do sexo masculino, com média de idade de 41,5 anos, sendo que o mais novo tem 25 anos e o mais velho 58 anos. Em relação ao tempo de trabalho na Atenção Primária tivemos uma variação de um ano e seis meses até 25 anos de atuação. Dos 31 participantes, 19 são servidores públicos, 01 (um) ingressou através do Programa Mais Médico, 08 (oito) estão no serviço através da seleção pública temporária e 03 (três) pessoas não possuem nenhum vínculo, recebem seus salários através do Recibo de Pagamento Avulso (RPA).

Figura 4 – Caracterização dos participantes do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação aos cursos, capacitações e/ou formações na área de saúde mental 08 (oito) dos 31 participantes afirmaram terem participado de algum momento formativo, sendo eles: *Álcool e outras drogas*, *Curso Básico de Saúde Mental*, *Caminhos do Cuidado*, *Apoio Matricial em Saúde Mental* e *Supera 8*. Dos médicos participantes somente o de formação cubana é especialista em Medicina de Família e Comunidade.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE COLETAS DE DADOS

A coleta de dados foi dividida em duas fases interligadas, no entanto mesmo que tais fases se imbriquem num movimento de constantes idas e vindas, conservam-se, em cada uma dessas fases, características e objetivos únicos. Na

primeira fase utilizamos como técnica para a obtenção dos dados da pesquisa de campo a entrevista semiestruturada e áudio gravada com profissionais da e-SF e NASF, durante os meses de abril a julho de 2016. Na segunda fase realizamos uma oficina de análise compartilhada dos dados coletados na primeira fase do estudo. Participaram desse momento, integrantes da primeira fase do estudo e equipe de matriciadores em saúde mental, a oficina foi realizada em setembro de 2016.

#### **4.4.1 1ª fase**

Conforme Minayo (2014), a entrevista semiestruturada obedece a um roteiro, segue uma sequência de questões, que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, facilitando a abordagem e garantindo, ao pesquisador, que todos os pressupostos serão abordados.

De acordo como pensamento de Minayo (2014) a importância da entrevista para o estudo está no fato dela constituir um instrumento essencial de coleta de informações, pois utiliza a fala que é construída a partir da historicidade das relações do sujeito individual e coletivo. Através desta é possível apreender o sistema de valores, as normas e as condições estruturais em que não só o entrevistado pertence, mas o grupo ao qual ele está inserido.

Durante a entrevista semiestruturada os sujeitos têm uma maior liberdade para interagirem com o pesquisador, visto que não é um processo mecânico para a captação de informações. Para Triviños (1995) o investigador precisa estar empoderado do seu objeto de estudo para condução da entrevista, tentando continuamente manter a objetividade da investigação.

No primeiro momento houve a aproximação com o campo: visita aos coordenadores das UAPS definidas anteriormente como cenário do estudo, na qual apresentamos o Termo de Anuência (*ANEXO B*) e definimos quais os melhores dias e horários para realizarmos as visitas para entrevistar os profissionais.

Posteriormente entrevistamos os sujeitos: esse foi um momento ímpar para o estudo, visto que nos possibilitou captar a percepção do indivíduo e sua vivência em saúde mental na Atenção Primária. Para que pudéssemos registrar esses momentos com mais fidedignidade todas as entrevistas foram áudio gravadas integralmente após a anuência do entrevistado.

Todas as etapas foram devidamente registradas em um diário de campo, esse instrumento é uma importante fonte de dados para análise de alguns achados da nossa pesquisa. Para Minayo (2014) o diário de campo, nada mais é do que um caderno de notas que o investigador utiliza para anotar o que observa no cotidiano.

#### 4.4.2 2ª fase

A segunda fase do nosso estudo foi realizada após transcrevermos todas as entrevistas e ordenarmos os dados contemplados nas entrevistas e nos diários de campo. Após leituras exaustivas realizamos uma síntese vertical das três grandes categorias que emergiram nas falas dos sujeitos. Isso nos possibilitou termos uma melhor visão das idéias centrais presentes nas falas.

A três categorias foram assim sintetizadas:

- a) Concepção de saúde mental:** agregamos as falas e elaboramos a idéia principal em torno da concepção de saúde mental para os participantes, visto que precisávamos identificar como os profissionais da atenção primária compreendem o que é e o que pensam sobre a saúde mental. Partimos do pressuposto de que suas ações poderão ser pautadas ou refletidas a partir dessa compreensão, além do mais, isso nos permitirá trabalhar com as demais categorias de análise do projeto.
- b) Relação do saber profissional com saúde mental:** depois de lermos as entrevistas buscando identificar o conhecimento dos profissionais da Atenção Primária em Saúde Mental, como eles identificam um caso de saúde mental e como eles se sentem em trabalhar com essa demanda. Com isso, podemos conhecer quais os principais paradigmas dos entrevistados em relação ao processo saúde-doença mental. Isso é fundamental para identificarmos suas ações.
- c) Eu cuido? Como eu cuido?:** realizamos diversas leituras flutuantes das entrevistas com o objetivo de conhecer as ações de saúde mental que esses profissionais estão desenvolvendo e, além disso, identificamos como eles vêem a Rede de Atenção Psicossocial e seu funcionamento.

A partir dessas sínteses realizamos uma oficina para a análise compartilhada dos dados. Para este momento convidamos: profissionais da e-SF e NASF que participaram da 1ª fase do estudo, articulador regional de saúde mental e matriciadores de saúde mental na Atenção Primária. Todos receberam convites antecipadamente (APÊNDICE D e APÊNDICE E).

Os profissionais da atenção primária que foram convidados para compartilharem desse momento são da UAPS Galba de Araújo, na SR VI, que foi escolhida aleatoriamente através de sorteio. Foi solicitada previamente a participação à Coordenação de Saúde da Regional VI e da Unidade de Saúde.

A equipe de matriciadores presentes foi da SR IV, visto que historicamente essa área conseguiu por mais tempo operar o apoio matricial em saúde mental no município de Fortaleza (MORAIS, 2010) e, que após trocas de governo/gestão e a reorientação de modelo de atenção à saúde ter provocado uma desarticulação na oferta deste arranjo organizacional (CAMPOS; DOMITTI, 2007), a equipe retoma paulatinamente as ações de matriciamento em saúde mental com a atenção primária.

Com o desenvolvimento dessa nova etapa pretendemos avançar nos estudos na área da saúde mental na atenção primária ao disponibilizarmos um espaço onde tivemos a oportunidade de fazer análises crítico-reflexivas, juntamente com os sujeitos da pesquisa, na referida área. De acordo com Vaisberg (2004), oficinas são dispositivos úteis para o desenvolvimento compartilhado de um ofício que tem um significado para os indivíduos que participam e que lhes permite protagonizar a análise do cenário de que fazem parte. Além disso, as oficinas possibilitam a aproximação e a interação de todos os sujeitos que dela participam. Segundo Paviani e Fontana (2009, p. 78):

(...) uma oficina é, pois, uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseada no tripé: sentir-pensar-agir, com objetivos pedagógicos. Nesse sentido, a metodologia da oficina muda o foco tradicional de aprendizagem (cognição), passando a incorporar a ação e a reflexão. Em outras palavras numa oficina ocorrem apropriação, construção e produção de conhecimentos teóricos e práticos, de forma ativa e reflexiva.

Durante a oficina podemos valorizar a diversidade dos diferentes sujeitos envolvidos, apreciando os distintos saberes de cada um dos indivíduos presentes. Estimulamos a interação entre os participantes e seu protagonismo em todo o

processo. Com isso, tivemos a oportunidade de alcançar não apenas o que pensam os sujeitos, mas ainda o porquê deles pensarem de determinada maneira (SURJUS; CAMPOS, 2011).

De acordo com Paulon *et al* (2014) uma metodologia participativa pode ser construída coletivamente, há a possibilidade da edificação de um comum que não estava dado. Isso faz com que o sujeito naturalmente sinta-se pertencente a aquele lugar e naquela investigação. Para os autores a implicação dos envolvidos pode ser um dispositivo de produção de conhecimento e de transformação.

A dimensão circular presente nessa segunda fase do estudo nos permitiu uma maior interação entre os membros e possibilitou a produção de novas narrativas. O encontro dos sujeitos com as falas coletadas na primeira fase dessa pesquisa nos possibilitou conhecer o lugar que os profissionais da APS assumem no cuidado dos indivíduos em sofrimento mental.

A oficina foi dividida em quatro momentos, todos interligados processualmente: no primeiro momento todos os presentes puderam se conhecer, assim como os seus lugares na RAS; posteriormente nós apresentamos os objetivos e a importância do estudo, assim como o perfil dos participantes da primeira fase. Na oportunidade apresentamos a Programação da oficina (APÊNDICE F). Entregamos ainda o TCLE (APÊNDICE G) que foi lido e assinado por todos os doze participantes da oficina. Em seguida dividimos os presentes em três grupos para análise e discussão das falas, cada trio analisou e discutiu uma das categorias supracitadas. Ressaltamos que a divisão dos grupos foi aleatória. Finalizamos com as apresentações de cada grupo e ampliamos as discussões para todos os presentes.

#### 4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram sistematizados e analisados conforme objetivos do estudo e de acordo com os preceitos básicos da análise de conteúdo temática indicada por Minayo (2014), numa perspectiva crítica e reflexiva permitindo uma maior compreensão da realidade. Minayo (2014, p.203) afirma que:

A análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise de conteúdo em termos gerais relaciona

estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem.

A análise foi sistematizada através do estudo temático ou categorial, visto que o próprio objeto de pesquisa requisita essa metodologia devido sua complexidade. Bauer e Gaskell (2008) enfatizam o caráter social dessa técnica, visto que nos permite produzir inferências de um determinado texto para seu contexto social de maneira objetiva.

Baseando-se em Minayo (2014) seguimos alguns passos operacionais para executar a análise temática de conteúdo: ordenação dos dados, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos dados.

Ressaltamos que essas etapas não se apresentaram de maneira estanque e linear, esses passos foram postos para que didaticamente o processo pudesse fluir com mais facilidade, muitas vezes essas etapas se encontraram e entrelaçaram-se e, por vezes, tivemos que revisitá-las. Os passos que percorremos e que foram sugeridos por Minayo (2014) estão descritos abaixo:

- a) Ordenação dos dados:** onde tivemos os primeiros contatos com o material coletado. Transcrevemos integralmente todas as entrevistas realizadas e ao final realizamos uma leitura flutuante das mesmas. Posteriormente, fizemos uma organização de todos os dados encontrados nas entrevistas e diário de campo, isso nos permitiu mapear nas falas transcritas as idéias centrais sobre a temática trabalhada, definindo assim as unidades de registro.
- b) Exploração do material:** lemos exaustivamente todas as narrativas contidas nas entrevistas e diários de campo, as quais foram desmembradas em categorias e elaboradas as sínteses de cada uma delas. As mensagens transcritas das falas dos sujeitos foram organizamos esteticamente por cores para facilitar nossa visualização na identificação das categorias.

As categorias empíricas foram construídas a partir dos objetivos do estudo e das convergências encontradas nas falas dos sujeitos, o que caracteriza o sentido das representações das falas. Diante disso originaram-se as seguintes

categorias: *Concepção de saúde mental; Relação do saber profissional com saúde mental; Eu cuido? Como eu cuido?*

A categorização destaca um caminho de ordenação da realidade investigada, refletindo as relações da realidade objetiva das práticas sociais através da tentativa de conceituá-la. Para Minayo (2014) ao conceituarmos algo efetuamos

(...) operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os. Existe, então, a necessidade de apreendê-los, analisá-los e defini-los como historicamente específicos e socialmente condicionados (p. 92-93).

Após a elaboração das categorias empíricas, selecionamos as falas que se identificam com as categorias. Foi montado um quadro de análise para cada categoria e local investigado onde pudemos ‘colar’ as falas correspondentes a cada uma delas, permitindo uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo anunciado no texto.

Posteriormente, fizemos uma releitura da narrativa onde tivemos a possibilidade de identificar os conteúdos manifestos e latentes e relacioná-los com as categorias empíricas elaboradas. Além disso, realizamos uma leitura transversal, onde buscamos associar as idéias contidas nos diferentes grupos que compõe a análise procurando aspectos peculiares, numa técnica de aprofundamento e refinamento do texto.

**c) Tratamento e interpretação dos dados:** realizamos o tratamento dos dados coletados por inferências e interpretações. Para uma maior compreensão do objeto de investigação, foi realizada a análise das falas das entrevistas, trazendo também a contribuição de alguns dos entrevistados e determinados os sujeitos diretamente envolvidos no processo de matriciamento em saúde mental no município de Fortaleza.

Ao realizarmos a Oficina de Análise compartilhada dos dados partimos da convicção de que os trabalhadores são os detentores privilegiados do conhecimento sobre as práticas, desafios, situações limites e das potencialidades do cuidado integral em saúde mental na atenção primária (FURTADO, CAMPOS, 2008).

Nossa pretensão não é produzirmos conhecimento para os trabalhadores da saúde, mas sim produzir com eles. Estimulando sempre seu protagonismo e

emancipação. Para Bornsteis et al (2013) a construção compartilhada do conhecimento congrega sonhos, críticas e nos direciona para o cultivo de propostas de enfrentamento e superação dos entraves historicamente construídos.

Minayo (2014) afirma que a introdução de diferentes olhares permite a verificação e validação do estudo por uso simultâneo de distintas técnicas de análise, múltiplos sujeitos e pontos de vista diferentes.

Há nesse momento a necessidade de considerarmos que o material coletado é produto da realidade vivida pelo sujeito e pelo pesquisador. Moraes (2010) afirma que a análise de uma determinada conjuntura histórico-estrutural demanda um constante movimento entre os dados empíricos e o referencial teórico selecionado.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto foi previamente submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Sendo analisado conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Essa resolução estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todos os requisitos éticos foram apresentados ao referido comitê o qual avaliou a pertinência do estudo, a coerência entre os objetivos e a metodologia, os riscos e benefícios aos quais os participantes foram expostos, o instrumento utilizado para coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e o Termo de Anuência concedido pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGETS) em março de 2016.

O Comitê de Ética e Pesquisa da UECE emitiu parecer consubstanciado Nº 1. 483.189 (ANEXO C) aprovando o presente estudo. Reajustamos o TCLE de acordo com as recomendações enunciadas no referido parecer.

## 5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida de acordo com as categorias empíricas que emergiram durante o estudo: Concepção de saúde mental; Relação do saber profissional com saúde mental; Eu cuido? Como eu cuido?

### 5.1 CONCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Durante a análise dos dados identificamos que de uma forma geral para os entrevistados saúde mental é bem estar, o estilo de vida da população, ligados diretamente ao enfrentamento dos conflitos e desafios da vida. Entretanto, também foram manifestas pelos participantes idéias que identificam saúde mental sendo relacionada a alguma característica genética que vem sendo apresentada desde a infância. Afirmam ainda ser um distúrbio, patologia ou doença de origem psicológica e neurológica.

**Quadro 3 – Trechos de falas referentes à concepção de saúde mental**

RESULTADO	FALAS
<p><b>Concepção de saúde mental – enfrentamento das situações vivenciadas diariamente.</b></p>	<p>Saúde mental é estar bem consigo, é conseguir resolver a problemática interna, os seus conflitos internos e conseguir apaziguar ou fazer a gestão dos conflitos externos. Muitas vezes o ser humano desenvolve uma patologia mental porque ele não consegue entender a causa e nem os efeitos do que ele está passando, como o estresse, a falta de trabalho, drogas. <b>(E1)</b></p> <p>A gente vê muito caso de depressão, não sei se por causa do dia a dia, do corre-corre, da crise, de tudo. Tem sempre alguma casa, tem sempre alguém. <b>(E6)</b></p> <p>Saúde mental eu posso até dizer que estou sem saúde mental. No momento eu estou sem saúde mental. Por quê? Porque eu estou com problemas na minha vida que estão me perturbando, me desconcentrando. (...). Então saúde mental é você está bem consigo mesmo. <b>(E11)</b></p> <p>Saúde mental é você estar bem emocionalmente, é você não estar utilizando medicamentos, porque hoje em dia as pessoas usam muito medicamento para dormir, seja lá pra qualquer coisa. <b>(E20)</b></p> <p>Saúde mental quando você tem a capacidade de raciocínio pra resolver todos os problemas sem estresse. <b>(E22)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

Em contrapartida, esse sujeito quando verbaliza sobre sua concepção de saúde mental nos trás um ponto de vista mais coletivo, nos apresenta uma estreita relação entre a dinâmica da sociedade e o processo de adoecimento:

**Quadro 4 – Trecho de fala referente a concepção de saúde mental relacionada a dinâmica da sociedade**

RESULTADO	FALAS
<b>Concepção de saúde mental – relação direta entre a dinâmica vivida pela sociedade hoje e processo de adoecimento.</b>	Eu acredito que a saúde mental tem sido o grande ponto de desequilíbrio da sociedade nos dias de hoje. Intolerância, desrespeito, desamor, vício, depressão, desânimo (pausa). Vejo que praticamente todas as pessoas têm necessidades, umas com mais, outras menos, de práticas que restabeleçam ou melhorem este equilíbrio. Identifico uma grande necessidade não só dos pacientes que procuram a unidade, mas dos profissionais que a compõe. <b>(E29)</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Alguns dos entrevistados centralizaram suas falas nas determinações ambientais do processo saúde-doença mental:

**Quadro 5 – Trechos de falas referentes a concepção de saúde mental relacionada as determinações ambientais**

RESULTADO	FALAS
<b>Concepção de saúde mental – determinações ambientais.</b>	Os problemas de saúde mental são mais comuns na zona urbana com todo o estresse do dia a dia, a sobrecarga de serviços, da televisão que você fica assistindo a noite toda e perde o sono, da falta de sono. Muito idoso aqui querendo tomar remédio pra dormir porque está com problemas, muito idoso preocupado com os filhos porque a droga chega perto. <b>(E4)</b> Saúde mental é eu estar longe de problemas que possam afetar as coisas que eu faço no dia a dia. Pra mim isso é saúde mental. <b>(E15)</b> Saúde Mental é tudo, mas assim no meu ponto de vista saúde mental já começa desde a infância. Se você vive dentro de um ambiente que tem problemas você já vai crescendo e levando junto com você aqueles problemas e no futuro pode prejudicar e você pode vir a ter outras coisas. Você pode vir a ter outras coisas tipo depressão, essas coisas assim. <b>(E16)</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Nos discursos dos participantes, também podemos identificar que alguns trabalhadores quando questionados sobre sua compreensão de saúde mental centralizavam suas falas na base orgânica, no conceito de patologias e até em herança genética:

**Quadro 6 – Trechos de falas com predominância do paradigma biomédico na concepção de saúde mental.**

RESULTADO	FALAS
<b>Concepção de saúde mental – paradigma biomédico</b>	<p>É o tipo de atenção à saúde que envolve os três níveis e que trata agravos ou desordem de ordem mental, psicológica, psicossomática, nesse sentido. <b>(E12)</b></p> <p>Na minha visão a saúde mental vai além de um comportamento dito normal, vai envolver toda uma característica genética que interfere no ser como um todo. <b>(E14)</b></p> <p>Saúde mental é justamente referente à questão da mente, as questões que passam pelo cérebro, as doenças, e são distúrbios psicológicos. <b>(E17)</b></p> <p>Saúde mental é aquilo que se destina a tratar aspectos relacionados a distúrbios psicológicos, psiquiátricos, sofrimento psíquico, basicamente é isso. <b>(E19)</b></p> <p>Saúde Mental eu acredito que seja quando as pessoas têm algum problema, geralmente neurológico, psicológico. <b>(E26)</b></p> <p>Está relacionada com alguma patologia, alguma doença mental, algum distúrbio. <b>(E30)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

A fala de um dos participantes nos apresenta uma reflexão sobre saúde mental como objeto de política pública:

**Quadro 7 – Saúde mental como objeto de políticas públicas.**

RESULTADO	FALAS
<b>Saúde Mental como objeto de políticas públicas.</b>	<p>A saúde mental faz parte do contexto geral da saúde, mas é algo que ainda precisa ser muito estudado, na minha visão ainda precisa de ações mais efetivas para que possa se concretizar. Tem uma base teórica, tem toda uma orientação técnica muito bem planejada, mas na minha visão ainda falta colocar em prática por 'N' fatores. Muitas vezes falta estrutura, faltam profissionais, falta capacitação e falta principalmente a valorização, porque muitas vezes é visto como algo que não é muito importante. Principalmente porque acomete muita gente de vários setores sociais, mas a gente sempre ver muito a questão da saúde mental nas pessoas economicamente desfavoráveis, muitas vezes não tem uma rede de apoio pra dar a continuidade ao tratamento.</p>

	E ainda são poucos os pontos de atenção à saúde mental. Aumentou muito o número de CAPS, mas é porque a demanda por esse serviço aumenta a cada dia devido às próprias transformações sociais, pelo próprio envelhecimento da população, pelas próprias condições ou falta de condição pelo completo bem estar da pessoa. Então tudo isso acaba de certa forma afetando as suas faculdades mentais. É algo que melhorou muito sem dúvida, mas que ainda precisa de mais organização, de mais pontos, de mais profissionais para poder dar conta dessa demanda que é gigantesca. <b>(E13)</b>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora

Emergiu ainda na fala de um entrevistado a visão da quebra de autonomia das pessoas com transtorno mental:

**Quadro 8 – Trecho de fala referente à perda de autonomia do indivíduo em sofrimento e/ou transtorno mental.**

RESULTADO	FALAS
<b>Perda de autonomia das pessoas em sofrimento e/ou transtorno mental.</b>	A saúde mental a pessoa não está apta a decidir o que pode ou não fazer de acordo com sua cabeça. Porque a pessoa que não tem saúde mental depende dos outros. <b>(E6)</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Contrariando muitas das falas apresentadas, um dos profissionais participantes do estudo afirmou que a atenção em saúde mental deve perpassar por todos os usuários da atenção primária, para ele:

**Quadro 9 – Trecho de fala referente à necessidade da atenção em saúde mental perpassar por todos os usuários da APS.**

RESULTADO	FALAS
<b>Atenção em saúde mental deve estar presente em todos os atendimentos da Atenção Primária.</b>	Saúde mental tem um conceito muito amplo, se estende praticamente a todos os pacientes da atenção básica: crianças, adultos e idosos. Necessitando de uma atenção multidisciplinar no atendimento desses indivíduos. <b>(E9)</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Dessa forma, identificamos nas falas a concepção de saúde mental dos trabalhadores da APS no município de Fortaleza. O paradigma do modelo biomédico

ainda se fez presente em muitas falas, entretanto podemos identificar, mesmo que timidamente, a presença de concepções ampliadas de saúde mental.

## 5.2 RELAÇÃO DO SABER PROFISSIONAL COM SAÚDE MENTAL

Aos analisarmos os discursos dos participantes do estudo, emergiu das entrevistas o modo como eles identificam um caso de saúde mental. Muitos falaram que é pelo comportamento que é diferente do que é imposto como normal, alguns dos participantes admitiram inclusive ser uma atitude preconceituosa. Além disso, muitos afirmam que não se sentem preparados para trabalharem com a demanda de saúde mental e não possuem afinidade. Eles vêem como uma demanda a parte da Atenção Primária que, segundo eles, já possui outras demandas prioritárias. Vários dos entrevistados afirmaram que a demanda que seria do CAPS está vindo para a Atenção Primária sem uma prévia comunicação, assim consideram como ações da Atenção Primária em relação aos casos de saúde mental a renovação de receitas e o encaminhamento para a atenção especializada. Muitos profissionais se referiram ao matriciamento como importante e necessário. Para eles a Rede de Atenção Psicossocial é ineficiente, alguns inclusive não souberam expressar sua opinião por desconhecer os equipamentos da RAPS e seu funcionamento;

Assim, os profissionais, em suas falas, nos revelam que conseguem identificar uma situação que requer atenção em saúde mental através do comportamento dos usuários, os aspectos observados por eles são: o modo de falar, o olhar, as expressões faciais, e até o modo de sentar e andar. Alguns dos entrevistados verbalizaram que consideram suas atitudes preconceituosas.

### Quadro 10 – Trechos de falas referentes a identificação dos casos de saúde mental.

RESULTADO	FALAS
<p><b>Identificação dos casos de saúde mental através do comportamento.</b></p>	<p>Ele destoa do comportamento de uma pessoa equilibrada ou considerada saudável mentalmente porque todos nós temos psicoses e neuroses, só que uns mais e outros menos, uns mais controlados e outros menos controlados. E aquele que destoa a gente já sabe que ele precisa de um acompanhamento mais próximo, que precisa de uma medicação. <b>(E1)</b>  Identifico através do comportamento às vezes diferenciado, fala coisas que não deve. <b>(E2)</b>  Pelo comportamento. Você identifica que uma pessoa</p>

	<p>não está bem pela expressão do rosto, pela inquietude, a pessoa fica inquieta, fica impaciente. Então já dá pra perceber. <b>(E8)</b></p> <p>Identificar é aquela situação, eu acho que é até meio preconceituosa em si, porque às vezes a gente vê a pessoa pela forma de agir e você imagina que aquela pessoa tem algum tipo de problema de saúde mental. <b>(E11)</b></p> <p>Como é que eu identifico? Basta olhar, às vezes no olhar, na expressão. Desde uma expressão e de um olhar mais pesado, às vezes a agonia de falar, você nota que a pessoa às vezes está tensa, com uma necessidade maior de falar. <b>(E18)</b></p> <p>Quando a pessoa está triste demais, chorosa, você vê que ela tá necessitando de ajuda pra mim já é um caso de saúde mental. <b>(E20)</b></p>
--	---

Fonte: Elaborado pela autora

Os participantes do estudo relatam que as lacunas deixadas em suas formações em relação à saúde e/ou doença mental é uma das grandes barreiras que eles encontram nas suas práticas:

#### Quadro 11 – Trechos de falas referentes a formação em saúde mental

RESULTADO	FALAS
<p><b>Frágil formação em saúde mental dos profissionais da APS.</b></p>	<p>Agora nós não temos esse foco em trabalhar com saúde mental, nós não temos no nosso currículo essa disciplina de saúde mental porque não está dentro dos seis grupos prioritários do atendimento do Agente de Saúde da Estratégia Saúde da Família. <b>(E1)</b></p> <p>No meu caso eu tenho dificuldade de identificar porque na minha formação eu não estudei muito essas questões, mas no curso de Saúde Mental na atenção básica que eu tive a oportunidade de fazer em 2009, eu aprendi muita coisa. Eu me sinto uma profissional da saúde realmente afastada dessa área da saúde mental. <b>(E12)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

Muitos dos entrevistados relataram com frequência a falta de afinidade também como um obstáculo para a atenção aos indivíduos em sofrimento mental. Entretanto, isso pode ser também um reflexo da fragilidade na formação.

**Quadro 12 – Trechos de falas referentes à falta de afinidade com a área de saúde mental.**

RESULTADO	FALAS
<b>Falta de afinidade dos trabalhadores da APS para atender indivíduos em sofrimento e/ou transtorno mental.</b>	Eu não tenho muita afinidade, não gosto muito. É uma das áreas que eu não tenho assim essa afinidade. (E30) Tenho pavor, detesto. Fico bastante angustiada muito. Ontem mesmo eu atendi um paciente que eu fiquei com vontade de ir embora. Porque era tanta queixa, eu já era a terceira profissional que ela passava porque ela já tinha consultado com a enfermeira, já tinha consultado o médico da sala ao lado e depois ela veio pra mim. E assim, todos dois fizeram a mesma coisa que eu fiz quando eu fui ver as condutas deles, assim eu não tinha muito que fazer. (E31)

Fonte: Elaborado pela autora

As dificuldades para identificar e acompanhar os casos de saúde mental nas Unidades de trabalho foram anunciadas pelos sujeitos da pesquisa também devido as condições de trabalho:

**Quadro 13 – Trechos de falas referentes às condições de trabalho na APS.**

RESULTADO	FALAS
<b>Condições de trabalho precárias para trabalhar na área de saúde mental na APS.</b>	Eu não gosto de trabalhar com a demanda de saúde mental. Eu acho que isso é uma coisa que demanda tempo e ambiente, porque aqui as coisas são muito engessadas a gente não tem tempo e nem ambiente. (E4) O atendimento parametrizado não te dá nenhuma liberdade para que você possa desenvolver projetos, para que você possa desenvolver atividades na comunidade. Não, você tem que fazer atendimento, atendimento, atendimento e atendimento o tempo todo. (E19) Demanda muito tempo, porque você precisa ouvir a pessoa e tudo, e aqui a gente quase não tem tempo. Principalmente depois que colocaram esse negocio de acolhimento. Você fica com a agenda super restrita, tem a parametrização. Então assim, eu acho que eles estão fazendo com que a gente tenha pouco tempo para ouvir o paciente e ainda mais que você tem que ouvir, tem que colocar no sistema. Então eu acho que é complicado. (E24) Trabalhar a promoção e a prevenção em saúde é o objetivo principal da atenção básica. E não principalmente fazer a medicina assistencial como faz hoje, é a carga maior de trabalho que se tem aqui é a medicina assistencial. Tem que mudar sim, para começar a trabalhar a promoção e a prevenção. (E25)

Fonte: Elaborado pela autora

Os discursos dos profissionais revelam que eles não conseguem compreender o seu papel na RAPS, assim como a consideram frágil e desarticulada, alguns não conseguem nem identificar os equipamentos dessa rede:

**Quadro 14 – Trechos de falas referentes à percepção dos entrevistados sobre a RAPS**

RESULTADO	FALAS
<p><b>Percepção dos entrevistados sobre a RAPS</b></p>	<p>A Rede de Saúde Mental de Fortaleza existe, ela apenas não está, vou fazer uma analogia, asfaltada, ela está pavimentada, mas ela não está asfaltada. Ou seja, você não consegue trafegar por ela com facilidade. Você sabe que existe a rede, porque se você for ao site da prefeitura você vai conseguir encontrar ela estruturada a rede, os centros de Referência em Saúde Mental da Regional I até a Regional VI, mas você não vai conseguir a união, o trabalho interligado dessa Rede que é o mais difícil os nozinhos bem apertados que é pra você conseguir, por isso que se chama de rede. <b>(E1)</b></p> <p>A Rede de Atenção Psicossocial ela é totalmente ineficiente, se tentou fazer a reforma psiquiatria porque na verdade foi uma reforma psiquiatria mesmo de acabar com o manicômio, você não criou nem uma alternativa viável para absorver essa demanda de pacientes que precisam de cuidado, de atenção. Os postos por mais que o governo federal fique na intenção de dizer que absorveu o posto de saúde em si não tem como absorver tudo. Absorver a epidemia de dengue, de zica, de chicungunha, tem que absorver hipertenso, diabético, pacientes com tuberculose, tem que absorver pré-natal de baixo risco, tem que absorver problemas com adolescentes usuários de droga. Então se a gente for colocar isso aí e mais uma demanda de saúde mental teoricamente você está colocando muita coisa para um numero reduzido de profissionais. <b>(E19)</b></p> <p>Acho que essa articulação ainda é muito falha. Primeiro começa pelos CAPS, que passam por uma crise de funcionários e medicamentos. Segundo, porque acho que as pessoas, tanto os profissionais como os pacientes, nem conhecem os outros cantos de terapias alternativas para tratamento, como as OCAS Comunitárias. Isso porque falta divulgação, de como encaminhar, bem como de apresentar outros espaços como estes e incentivo a este tipo de terapia. <b>(E29)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

As falas nos mostram que não há, muitas vezes, uma implicação dos profissionais da APS em relação ao cuidado com o usuário em sofrimento/transtorno mental:

**Quadro 15 – Trechos de falas referentes responsabilização do cuidado em saúde mental.**

RESULTADO	FALAS
<p><b>Não há uma responsabilização com a atenção aos usuários em sofrimento/transtorno mental.</b></p>	<p>Aqui é mais a questão mesmo de mandar o paciente, o encaminhamento mesmo. A gente não tem nenhum programa hoje aqui dentro do posto, pode até ter, mas eu não conheço. <b>(E8)</b></p> <p>A demanda de saúde mental não é meu foco aqui no posto. <b>(E14)</b></p> <p>Deveria ter um matriciamento aqui, uma equipe pra cuidar dessa saúde mental porque hoje em dia a gente vê que o problema da Saúde mental é muito maior do que da saúde física. <b>(E17)</b></p> <p>O que eu acho na saúde mental é que deveria voltar todo mundo a ser atendido no CAPS, teve o caso da descentralização dos CAPS então a gente foi praticamente jogado para trabalhar essas questões. Os médicos não são treinados para essa parte da saúde mental. É muito difícil, a gente vê até os psiquiatras que prescrevem e às vezes não dá certo, imagine quem não tem um treinamento adequado. Então eu acho que tem que haver uma avaliação de novo pela gestão em relação aos pacientes de saúde mental. (...). Aqui não tem uma terapia, não tem uma adequação direito, realmente é só uma cópia da receita. <b>(E24)</b></p> <p>(...) porque não existe o matriciamento em saúde mental na minha unidade, o que diminuiria os encaminhamentos e aumentaria a corresponsabilização pelo tratamento. Não vejo clara essa articulação, não vejo uma contrarreferência. Vejo só os pacientes sendo jogadas de um canto ao outro. Vejo cada vez mais as pessoas dependentes de remédio, sem visualizarem alternativas de cuidado para suas necessidades. Imagine se cada unidade tivesse um grupo de terapia Comunitária? Se cada unidade tivesse uma equipe multiprofissional do NASF, vejo que várias equipes foram extintas ou não tem a capacitação necessária para este fim (refere-se às equipes NASF). E se os profissionais fossem mais lembrados e cuidados também? <b>(E29)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

Os discursos dos sujeitos nos mostram que ainda precisamos fortalecer as dimensões da reforma psiquiátrica: estamos caminhando para a construção de um novo paradigma, entretanto ainda há uma centralidade na figura do médico, como podemos observar nas seguintes falas:

**Quadro 16 – Trechos de falas referentes à centralidade do profissional médico no atendimento em saúde mental.**

RESULTADO	FALAS
<b>Prevalência do modelo biomédico.</b>	<p>É só mesmo o médico quem acompanha por conta do medicamento que eles têm que tomar todos os dias. <b>(E8)</b></p> <p>Troca de receita apenas, então não tem um atendimento pra ele aqui na Atenção Básica. No CAPS eles têm algum tipo de terapia de grupos, mas é feita lá no CAPS, aqui eu não tenho esse conhecimento. <b>(E11)</b></p> <p>É difícil, difícil porque a gente encontra uma necessidade muito grande, uma demanda muito grande. E muitas vezes você não tem o respaldo do médico em si, você não tem o trabalho de equipe multidisciplinar. Geralmente, o tratamento é medicamentoso e às vezes não tem necessidade. Muitos dos distúrbios que a gente encontra são sociais não são psicomotores. São produtos sociais que desencadeiam outros distúrbios, e as pessoas não tem esse olhar para isso. <b>(E15)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

Um dos profissionais destacou a importância de uma formação continuada em saúde mental para os profissionais da APS, considerando seu potencial resolutivo que irá contribuir para a racionalização da demanda em todo o sistema de saúde. Deste modo, o entrevistado afirmou que:

**Quadro 17 – Trecho da fala referente à importância da educação permanente em saúde mental.**

RESULTADO	FALAS
<b>Potencialidade da educação continuada para a efetivação das ações em saúde mental na APS.</b>	<p>Quanto mais bem formado, quanto mais conhecimento aquele profissional da Atenção Básica tiver já é uma forma de você diminuir, de certa forma, a demanda do CAPS. Sem treinamento fica difícil, essa é uma área que precisa bastante, todas as áreas precisam, mas essa é uma área que precisa muito de uma capacitação, você não faz saúde mental de qualquer forma. Tem que ter a sensibilização, tem que ter o conhecimento teórico, tem que ter a aplicação daquilo e tem que ter o acompanhamento de todo esse processo. Então eu acho que se tivesse mais dialogo, não é uma questão dos serviços, eu acho que é uma questão de gestão mesmo. De priorizar a valorização disso e de atualizar os profissionais porque se você tiver bons profissionais na atenção básica eles vão até conduzir aquele paciente no máximo dos seus conhecimentos. Então você está ajudando o CAPS a ter saúde mental, sem super povoar aquele serviço. <b>(E13)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

### 5.3 EU CUIDO? COMO EU CUIDO?

Durante as entrevistas, de uma forma geral, os profissionais entrevistados afirmaram que procuram acolher os usuários e que suas ações concentram-se em escutá-los, conversar e de orientá-los quando necessário. Alguns disseram que encaminham para os colegas da equipe e outros falaram que preferem encaminhar logo para o CAPS. Os Agentes Comunitários de Saúde verbalizaram sobre a visita domiciliar e os médicos falaram da renovação de receitas que é uma constante. Em uma UAPS que possui equipe NASF, mesmo que incompleta, foi falado das ações em grupo que são realizadas. Além disso, uma dentista que também é preceptora da disciplina de saúde coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC) relatou sobre as ações de educação em saúde que desenvolve pontualmente na comunidade, inclusive no CAPS AD.

De acordo com as falas as ações destinadas aos usuários com algum transtorno mental e/ou em sofrimento mental focavam-se na escuta:

#### Quadro 18 – Trechos das falas referentes às ações em saúde mental realizadas na APS.

RESULTADO	FALAS
<p><b>As ações de saúde mental realizadas na APS são focadas em conversar com usuários e em ouvi-los.</b></p>	<p>Tento conversar com o paciente, entender o que ele está sentindo, o que ele está pensando. <b>(E5)</b></p> <p>A gente às vezes exerce um papel de psicólogo da pessoa porque chega e a pessoa quer conversar. Ela simplesmente quer conversar, porque às vezes a pessoa passa o dia na casa e a companhia dela é a televisão, é um rádio. <b>(E11)</b></p> <p>Às vezes tem aqueles casos mesmo de ter aquela escuta mais qualificada, de tentar diminuir aquela agonia. O que eu diria em termos mais práticos seria uma escuta mais qualificada e assim de pelo menos tentar acolher dentro das minhas possibilidades. <b>(E18)</b></p> <p>Como eu não tenho o apoio de um profissional de referência que deveria está atendendo a pessoa, eu tento da melhor maneira escutar o paciente. Na escuta também a gente percebe muito (...). <b>(E20)</b></p> <p>Primeiro a gente tem que ouvir a pessoa, a gente ouve, tenta ver o que na prática a gente consegue. <b>(E24)</b></p> <p>Quando chega o paciente aqui que eu dou a oportunidade que ele fale. Desde o momento que você dar a oportunidade para que o paciente consiga falar, consiga desabafar, você está trabalhando a saúde mental. <b>(E25)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

Os discursos indicam que a conduta dos profissionais adota uma tendência biologicista, com a prática prioritária dos encaminhamentos para os equipamentos da atenção especializada, especificamente para o CAPS:

**Quadro 19 – Trechos das falas referentes aos encaminhamentos para os serviços especializados em saúde mental.**

RESULTADO	FALAS
Encaminhamentos aos serviços especializados.	<p>A Atenção Primária não está ordenando cuidado em Saúde Mental, a gente manda pros CAPS e os CAPS mandam de volta só pra renovar as receitas. <b>(E3)</b></p> <p>Aqui a gente nunca consegue fazer nada, então quando surgem esses casos mais assim de mental a gente encaminha logo pro CAPS. Tenta dar logo um destino pra eles e o CAPS tenta mandar pra cá de volta. <b>(E4)</b></p> <p>(...) criança que tava um pouco mais nervosa demais, que tinha uma alteração aí eu encaminhava pro psicólogo que tinha aqui no posto do NASF. <b>(E7)</b></p> <p>Encaminho para o CAPS, todos os casos que eu identifico como sendo de saúde mental eu encaminho para o CAPS. <b>(E9)</b></p> <p>Como profissional de saúde a gente tenta encaminhar. Se for possível uma abordagem para a pessoa que está acompanhando a gente procura fazer uma interferência com aquela pessoa para procurar alguma ajudar em alguns locais. <b>(E15)</b></p> <p>Aqui na unidade nossos profissionais têm a capacidade de direcionar, de classificar o problema da pessoa e direcionar para um especialista. <b>(E22)</b></p> <p>Eu encaminho para o CAPS. Para o CAPS, para a psicologia, depende se é uma criança ou uma pessoa adulta, então eu faço o encaminhamento de acordo com a idade. <b>(E25)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

As falas dos profissionais também revelaram a centralidade na figura do médico como o único que detém o saber e o único capaz de constituir o cuidado a esses usuários:

**Quadro 20 – Trechos das falas referentes à centralidade do profissional médico no cuidado em saúde mental.**

RESULTADO	FALAS
Centralidade do profissional médico no cuidado em saúde mental.	<p>Eu não faço encaminhamentos, quem encaminha é o médico. Nós enfermeiros não temos tanto acesso a esses pacientes, a gente tem mais porque o Agente Comunitário de Saúde fala, a gente fala logo pro médico</p>

	<p>pra ele dar o encaminhamento, mas eles quem realmente encaminham. <b>(E2)</b></p> <p>A gente coloca pro médico pra ele diagnosticar e ver quais são as necessidades do paciente pra encaminhar pro CAPS pra ele ter um melhor acompanhamento. O enfermeiro conversa com o médico e de acordo com o que eles decidirem a gente encaminha o paciente. <b>(E8)</b></p> <p>Quando a gente identifica a gente conversa com a médica da equipe e explica, então ela já avalia e marca a consulta. <b>(E13)</b></p> <p>A pessoa apresentando algum problema à gente tenta encaminhar para o clínico geral da área, conversando com ele antes sobre aquela demanda, e ele encaminha para o apoio matricial em psiquiatria aqui mesmo no Posto, ou a gente encaminha pro CAPS Geral ou infantil se for o caso. <b>(E15)</b></p> <p>Aqui o nosso papel como enfermeira é mais de está fazendo esse elo com o médico, o elo com o Agente Comunitário de Saúde na área e com o médico aqui na Unidade. Eu não estou conseguindo fazer nada. <b>(E30)</b></p>
--	---

Fonte: Elaborado pela autora

Os profissionais retrataram que o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico tem se mantido na lógica da medicalização do sujeito, a resolução desse cuidado é associada à prescrição e uso de medicações:

#### **Quadro 21 –Trechos das falas referentes à prescrição de medicamentos no cuidado em saúde mental.**

RESULTADO	FALAS
<b>A prescrição de medicamento no cuidado em saúde mental.</b>	<p>Na quarta-feira a gente tira o dia só pra fazer troca de receita, então eu estou vendo muita gente do CAPS que vem só pra gente renovar receita. <b>(E4)</b></p> <p>O médico da atenção básica é um transcritor da receita anterior, então não tem diminuição de dose, não tem adequação de tratamento, não tem uma terapia pra ver se a pessoa fazia um desmame desse medicamento. <b>(E24)</b></p> <p>Basicamente o que eu faço é atender, passar a medicação e conversar. No dia que eu estou mais inspirada sofrer junto também, mas eu não acho que eu faça muita diferença nesse campo não. <b>(E31)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

Durante as entrevistas apenas os profissionais do NASF afirmaram realizar alguma atividade em grupo:

**Quadro 22 – Trechos da falas referentes as atividade coletivas desenvolvidas pelas equipes da ESF.**

RESULTADO	FALAS
<p><b>Atividades em grupo desenvolvidas pelos profissionais da APS.</b></p>	<p>Aqui no posto trabalhamos com alguns projetos, como: saúde em movimento que é uma atividade física para hipertensos e diabéticos; projeto de pilates que atende a comunidade; terapia comunitária. Todos indiretamente envolvem a saúde mental. <b>(E14)</b></p> <p>Nós temos aqui a ginástica laboral eu acho que trabalha esse lado da saúde mental do profissional aqui do posto. A gente faz semanal com os profissionais que podem ir, vai quem quer. Eu acho legal para a saúde mental. Nós tivemos um projeto que foi mulher e saúde, a gente trazia temas, abordagem do cotidiano da mulher, a saúde da mulher. O pilates que também trabalha muito essa questão de saúde mental, da comunidade poder sair de casa e poder desenvolver uma atividade. Nós temos a caminhada também, que é direcionada para hipertensos, diabéticos e obesos, mas que outras pessoas também podem se agregar e é uma atividade física. Pra mim qualquer atividade física trabalha esse lado mental. A gente tem o projeto 'Orientar para cuidar', que a gente vai trabalhar com o cuidador em si. Não é fácil ser cuidador, mexe muito com a cabeça da pessoa e com o físico da pessoa. Trabalharemos com cuidadores de pessoas acamadas. <b>(E15)</b></p> <p>Se não for a questão do ouvir e tentar encaminhar, fora isso não tem nenhuma ação. Eu fiz um curso de Arte Terapia há um tempo, a gente fazia uns grupos com o pessoal. A gente fez aqui e lá no CRAS, mas com o tempo vão aparecendo outras demandas e você acaba deixando a questão da saúde mental de lado. <b>(E24)</b></p>

Fonte: Elaborado pela autora

Os relatos nos mostram a frágil relação dos serviços APS com a atenção especializada inclusive um dos entrevistados afirma não conseguir encaminhar pacientes para o CAPS:

**Quadro 23 – Trecho da fala referente à articulação da APS com serviços especializados em saúde mental – CAPS.**

RESULTADO	FALAS
<p><b>Frágil articulação com os serviços especializados em saúde mental, onde o profissional demonstra não conhecer os fluxos de encaminhamento.</b></p>	<p>Eu não tenho opção de encaminhamento, CAPS não faz encaminhamento direto pelo sistema, eles se recusam a fazer parte do sistema. O CAPS em si eles não fazem parte da nossa rede de referência e contrarreferência. O encaminhamento que eu posso fazer é através de psicólogo para que os psicólogos avaliem os pacientes e esses psicólogos insiram os pacientes nos CAPS.</p>

	Hospital de saúde mental também não aceita encaminhamento, então a gente não tem opção de fazer encaminhamento direto ao psiquiatra. Não está disponível (no sistema). <b>(E19)</b>
--	---

Fonte: Elaborado pela autora

## 6 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

A coleta, organização, a análise compartilhada dos dados e a intensa análise final do material coletado nos consentiram alcançar os objetivos propostos no estudo através dos diferentes olhares dos participantes da pesquisa. A ousada oficina de análise compartilhada dos dados nos permitiu ir além, possibilitando-nos uma maior aproximação e interação com o nosso objeto de estudo.

Analisar os dados de forma compartilhada, tendo a cumplicidade de diferentes saberes, foi um momento único que nos possibilitou olhar em novas direções. Os dados analisados e o material que foi produzido durante a oficina, guiaram a discussão dos resultados com os autores de referência do nosso estudo.

### 6.1 O DESAFIO DE PENSAR SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) saúde mental está diretamente relacionada com a capacidade de um indivíduo para conduzir uma vida plena, incluindo a habilidade de formar e manter relações, estudar, trabalhar, adicionar atividades de lazer na sua vida, além de ser capaz de fazer as escolhas que aparecem diariamente (WHO, 2013).

Amarante (2015a) nos apresenta uma visão ampliada de saúde mental, segundo ele, para entendermos saúde mental é necessário incluirmos outros campos de saberes, além de questões políticas, visto que é imprescindível a garantia e ampliação de direitos dos indivíduos em sofrimentos e/ou transtorno psíquico; é necessário considerarmos as questões sociais, inserindo os indivíduos na sociedade, garantindo-lhes trabalho e acesso a educação; além disso, é importante interagirmos com diversas áreas de conhecimento como a antropologia, economia e geográfica. Corroborando com tal concepção, Lancetti e Amarante (2013) afirmam que não podemos falar em saúde mental isoladamente, é necessário sempre associarmos tal concepção a uma extensa área de conhecimento e suas ações distinguem-se por seu caráter interdisciplinar e intersetorial, por vezes até transdisciplinar.

Os conceitos de sanidade e loucura, de acordo com Foucault (2012), foram construídos paulatinamente e sofrem influência direta do contexto histórico. Diante disso, entendemos saúde mental como estando em um processo contínuo e

complexo que além dos aspectos físicos e/ou psíquicos, estão presentes os aspectos sociais e políticos.

Uma demanda significativa relacionada à saúde mental adentra diariamente nas Unidades de Saúde da atenção primária, que é a principal porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2003; AMARANTE *et al*, 2011; SOUZA; LUIS, 2102). Por isso é imprescindível conhecermos a percepção desses profissionais sobre saúde mental, visto que as concepções inevitavelmente irão conduzir as práticas desses profissionais e assim podemos identificar quais as respostas estão sendo dadas para a população em sofrimento mental e seus familiares.

Os achados apontam que a concepção de saúde mental dos entrevistados está diametralmente ligada com as situações vividas pelos indivíduos diariamente, estando inclusive em harmonia com a visão preconizada com a OMS. Entretanto, esse entendimento é um retrocesso quando falamos em saúde coletiva. Há um distanciamento da saúde mental da área da saúde coletiva e uma culpabilização do indivíduo por seu adoecimento. Essa talvez seja uma das razões, para ainda termos um cuidado centrado na recuperação do corpo individual (NEVES; LUCCHESI; MURATI, 2010).

Vivemos em uma sociedade regida pela lógica capitalista, regulada por um modelo neoliberal e globalizado, na qual o mais importante é a capacidade produtiva do sujeito. As relações interpessoais apresentam-se cada vez mais superficiais, além do mais a sociedade exige que as pessoas tenham uma maior capacidade de adequação e transformação, visto que as mudanças acontecem constantemente, tudo isso aliado a desigualdade social. Para Campos e Gama (2013) esses fatores vêm contribuindo para a formação de um sujeito cada vez mais competitivo e individualista.

Os direitos básicos de cidadania vêm sendo negados aos indivíduos: a falência da segurança pública, onde as cidades vivem em uma situação de crescente violência, principalmente nas periferias. De acordo com a Organização não Governamental *Seguridad, Justicia y Paz* (2016), o município de Fortaleza foi indicado como o mais violento do Brasil e o 12º mais violento do mundo em um ranking internacional. Paugam (2011) apresenta algumas questões que vêm colaborando para que os indivíduos sintam-se desamparados e socialmente desqualificados, são elas: A desigual distribuição de renda, pessoas que vivem em

situações de habitações precárias, as relações trabalhistas cada vez mais inseguras, as frágeis políticas educacionais e uma política de assistência social, onde é feita uma seleção da pobreza.

Diante disso, Campos e Gama (2013) afirmam que o sofrimento dos indivíduos perante essas situações poderá gerar um processo de adoecimento. Para Carreiro (2001) o sofrimento apresenta-se como uma doença porque, muitas vezes, os indivíduos sentem-se desprotegidos por não serem acolhidos na sua busca por proteção social. Diante disso, o autor afirma que o sofrimento social somente foi reconhecido institucionalmente através da doença mental.

De acordo com Carvalho (2013) o desenvolvimento das crianças nos seus primeiros anos de vida influencia diretamente nas possibilidades de vida e saúde, além disso, para o autor o local onde as pessoas vivem também influencia diretamente na saúde. Assim, percebemos que saúde mental perpassa por todos os segmentos da vida do indivíduo o que nos permite ampliar nosso olhar e considerar os mais diversos aspectos da nossa história e modo de viver.

O conteúdo da fala dos sujeitos nos mostra a forte influência do modelo biomédico, onde é central a figura do profissional médico. Segundo Moliner e Lopes (2013), é necessário que o entendimento sobre a saúde mental não venha apenas relacionada à doença mental, pois com isso só tratarem os da saúde mental quando existir algum transtorno mental, não direcionando nenhuma ação aos sofrimentos que nos afligem antes da disposição da doença biológica.

Nesse aspecto, a saúde mental é restrita apenas ao corpo doente. Trazendo assim uma visão fragmentada do ser humano, o que possivelmente irá influenciar no cuidado que esses profissionais ofertam aos seus usuários.

Nos últimos anos há uma política nacional implicada com a saúde mental, nascida nos movimentos de Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Antimanicomial. Vêm sendo implementadas significativas mudanças na forma de cuidar, especialmente no direito à cidadania, no tratamento humanizado, a defesa constante do direito ao trabalho, ao lazer e ao convívio comunitário (BICHARA, 2007).

A base do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira é a luta pela cidadania e pelos direitos dos indivíduos com transtorno mental, possibilitando sempre o exercício de autonomia e empoderamento dos mesmos. Por isso a importância da atuação dos profissionais da APS, em harmonia com as famílias e

com a comunidade onde o indivíduo vive, promovendo sua autonomia, respeito e liberdade.

Dessa forma, ressaltamos que olhar para o cidadão integralmente é competência dos profissionais da saúde, visto que é direito de todos os usuários do sistema de saúde ser cuidado com dignidade, respeito e qualidade (ACRE; SOUSA; LIMA, 2011). De acordo com Franco e Merhy (2005), quando o acolhimento na APS é realizado satisfatoriamente ele vai certamente contemplar todas as demandas que permeiam a saúde mental.

Percebemos nas falas dos sujeitos a dimensão teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica Brasileira, aos poucos estamos construindo um novo paradigma no que diz respeito ao indivíduo em sofrimento psíquico, ampliando o cuidado em saúde (AMARANTE, 2015b). Colocamos em discussão a concepção de saúde mental, com isso identificamos diferentes olhares sobre o mesmo objeto nos apresentando as distintas relações que estão sendo produzidas pelos atores envolvidos nesse processo de cuidar.

Esses olhares múltiplos nos mostraram que mesmo caminhando para a construção de um novo paradigma, a concepção de saúde mental de acordo com o modelo organicista, centrado na doença, o qual ignora o contexto familiar e social em que vive os indivíduos, ainda é predominante (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). O agir em saúde será determinado pelo modo como o profissional concebe o processo saúde doença, assim os discursos revelam o processo de trabalho focado no manejo de sinais e sintomas, buscando a cura da enfermidade mental.

## 6.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: TECENDO SABERES E PRÁTICAS

O atendimento ao indivíduo em sofrimento mental e sua família na APS é uma situação complexa, pois é no território que encontramos as circunstâncias mais densas. Essa é uma lógica contrária a da saúde em geral que possui os procedimentos de maiores complexidades nos hospitais, onde as ações de saúde mental limitam-se ao isolamento e a medicação (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010). Assim, a demanda de saúde mental que chega diariamente à APS exige da equipe tomada de decisões, demandando conhecimento e habilidades no campo da atenção psicossocial.

Para Amarante (2015c) os profissionais de saúde deveriam passar em suas formações por momentos reflexivos e problematizadores sobre a complexidade que é o ser humano. Observamos que as formações dos trabalhadores da saúde ainda são muito focadas no modelo biomédico o que suscita posturas impróprias como as práticas discriminatórias e preconceituosas com as pessoas em sofrimento mental. Amarante (2015c) acredita que:

A formação dos trabalhadores em saúde mental precisa contemplar outras histórias epistemológicas, outras concepções de modelos de atenção, as histórias e as trajetórias internacionais, para que seja possível saber avaliar serviços, sistemas, redes; atuar em redes, em territórios, em comunidades (...). (p.106).

O autor indica a necessidade de mudanças no ensino em saúde, voltados para a consolidação das diretrizes do SUS e da atenção psicossocial. Segundo Barros e Claro (2011) para atuar com demanda de saúde mental é necessário que os profissionais de saúde desenvolvam competências capazes de movimentar saberes e habilidades relacionadas à cidadania e a inclusão social. Para a efetivação do cuidado integral em saúde mental são necessárias competências adicionais nas equipes da ESF que vão além do simples ato de diagnosticar e da gestão de medicamentos.

Durante as entrevistas, ouvimos com frequência o discurso do *'não saber'* em saúde mental entre os profissionais da APS, o que possivelmente vem contribuindo para uma postura apenas normativa e prescritiva com o indivíduo em sofrimento mental. Para Lucchese (2014b) os saberes indispensáveis para a construção de competências para atenção à saúde mental na APS são limitados, mas em constante movimento.

Em contrapartida, um dos profissionais, em sua fala demonstrou que corrobora com as propostas da reforma psiquiátrica brasileira a qual determina um cuidado integral, através de novas práticas e atitudes que os profissionais devem apropriar-se, buscando a reabilitação psicossocial e o fortalecimento da cidadania da pessoa em sofrimento/transtorno mental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Considerando uma formação baseada em competências, onde os profissionais não são apenas técnicos, mas protagonistas de suas ações Barros e Claro (2011) elencam fatores relacionados à competência que são necessários nos profissionais de saúde para atuar com a demanda de saúde mental: saber agir e

reagir com pertinência, sendo capaz de tomar decisões diante das situações encontradas diariamente; saber combinar os recursos disponíveis e mobilizá-los; saber aprender diante das situações vivenciadas; saber envolver-se diante das circunstâncias, assumindo os riscos quando necessário.

Diante disso, Campos e Gama (2013) afirmam que o processo saúde-doença envolve uma mobilização individual no âmbito emocional dos profissionais, fazendo com que o mesmo adote uma postura extremamente técnica, ou muitas vezes erguendo barreiras e repulsa dos trabalhadores da saúde. Isso talvez explique a postura de alguns entrevistados que alegam angustiar-se e sentir vontade de ir embora diante de uma possível demanda de saúde mental. É salutar a sensibilização de toda a equipe da APS para o cuidado ampliado e integral aos indivíduos em sofrimento mental, para que assim possam desenvolver suas habilidades pessoais e em equipe para o acolhimento dessa demanda.

### **6.2.1 Reorientação do modelo de gestão: implicações para o cuidar na APS**

Diante dos achados do nosso estudo, podemos perceber a insatisfação dos profissionais com o atual modelo de gestão implantado na APS no município de Fortaleza. Segundo eles, esse novo modelo descaracteriza as ações da atenção primária preconizadas pelo MS. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB):

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. (BRASIL, 2011b, p. 3-4).

Os entrevistados verbalizaram que suas atuações estão restritas ao atendimento clínico e que eles não conseguem mais desenvolver ações de prevenção dos agravos e promoção da saúde. Os participantes afirmaram ainda que os integrantes da e-SF trabalham, em alguns casos, em horários diferentes descaracterizando completamente o trabalho em equipe. Da mesma forma acontece com a equipe NASF que, em alguns casos, nem conseguem estabelecer contato

porque trabalham em turnos diferentes e, às vezes, até em dias alternados nas UAPS.

Além disso, encontramos nas unidades de saúde da atenção primária o do processo de trabalho baseado no modelo taylorista de produção, no qual há uma evidente divisão entre quem executa e quem planeja a atividade laboral. Há uma normatização de todo o processo de trabalho, no qual os trabalhadores devem seguir condutas pré-estabelecidas (STARFIELD, 2002; SHIMIZU; CARVALHO JÚNIOR, 2012). Dejours (2015) complementa afirmando que a organização do processo de trabalho influencia diretamente no processo saúde-doença dos trabalhadores. Os discursos revelam que vários trabalhadores estão adoecendo diante desse novo processo de trabalho que vem causando desgaste físico e mental nos mesmos.

Os trabalhadores falam ainda da falta de autonomia em suas ações, isso é bastante preocupante, pois os profissionais de saúde necessitam de iniciativa e autonomia para realizar suas atividades de forma eficaz. Afirmam que suas agendas são fechadas não havendo espaço para realizarem atividades coletivas que visam à prevenção e promoção dos agravos.

Os discursos revelam que, apesar da transformação do cenário, na prática, os profissionais da APS tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante. Assim são necessários esforços continuados para mudarmos esse tipo de ação. Ressaltamos ainda que APS, numa concepção gramsciniana, introduz um modelo contra-hegemônico de cuidar, ou seja, tem a proposta de oferecer um cuidado no qual biomedicina não é o principal campo de conhecimento. O trabalho interdisciplinar é uma de suas diretrizes, visto que nenhum profissional sozinho consegue ofertar cuidado integral aos seus usuários (CAMPOS et al, 2013).

Não podemos esquecer que a ESF tem como atributos atender os indivíduos e as suas famílias integral e continuamente com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, as ações na APS começam com o ato de acolher e escutar, sendo imprescindível que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e se complementem (BRASIL, 2011b).

As falas revelam que os profissionais entrevistados não conhecem seus territórios, limitam suas ações, na maioria das vezes, aos muros das unidades de saúde. O não conhecimento do território por partes dos profissionais da APS impossibilita o reconhecimento dos recursos comunitários e dos condicionantes

sociais do processo saúde-doença presentes naquela comunidade. Diante disso, entre os dispositivos comunitários que compõe a RAPS, os profissionais têm o CAPS como única referência.

A portaria 3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial, propõe diversificação do cuidado, estratégias intersetoriais, e atividades comunitárias desempenhadas no território onde o indivíduo mora. Essa portaria avança bastante na concretização de políticas públicas em saúde mental, sugerindo que não existe protagonista do cuidado, mas vários atores sociais, todos movidos pelos mesmos propósitos e todos co-responsáveis pelo cuidado em saúde mental (BRASIL, 2011a).

### **6.2.2 Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica: um caminho indicado**

O Apoio Matricial (AM) visa garantir retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes da ESF, exercendo papel fundamental ao cooperar com seus saberes para o aumento do potencial resolutivo das e-SF e NASF. (IGLESIAS; AVELLAR, 2014; JORGE; SOUSA E FRANCO, 2013).

A educação permanente é uma importante estratégia para fortalecer o AM, visto que é a partir da troca de experiências que, muitas vezes, os trabalhadores da saúde contextualizam suas práticas. O AM possui dupla dimensão: uma assistencial, que produz ação direta sobre as necessidades da população, e a segunda dimensão é a técnico-pedagógica, que através do compartilhamento de conhecimento apóia as equipes da ESF (FITIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015).

Foi comum na fala dos entrevistados a referência ao matriciamento, inclusive eles afirmaram que quando existia apoio matricial em suas unidades eles sentiam-se muito mais seguros em conduzir os casos de saúde mental. Das seis UAPS visitadas apenas uma possui apoio matricial e o mesmo é conduzido por professores da UFC. Assim, os participantes vêem no AM uma possibilidade de superar suas dificuldades, assegurando maior eficiência e eficácia no trabalho em saúde.

Os múltiplos olhares propostos pelo matriciamento, fortalece a prática e permite maior articulação da RAPS no território. Segundo o Ministério da Saúde:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2003, p. 4).

As equipes da APS são responsáveis pela coordenação do cuidado, expressando-se na elaboração, acompanhamento e gestão do cuidado ofertado ao indivíduo. Além disso, deve acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os serviços ofertados na rede. Com isso, o AM é uma necessária estratégia para ampliar as possibilidades da integralidade do cuidado e continuidade da atenção, permitindo trocas de saberes entre os trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção (OLIVEIRA, 2013).

De acordo com Costa *et al* (2015) a AM possui uma dimensão educacional que busca promover autonomia para as equipes de referência, tornando-as protagonista do processo de cuidar. Esse talvez seja o caminho para que os trabalhadores da APS sintam-se implicados na atenção aos indivíduos em sofrimento e/ou transtorno mental.

### 6.3 AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA APS: POTENCIALIDADES E LIMITES PARA UM CUIDADO INTEGRAL

O processo de trabalho em saúde origina-se numa interrelação pessoal intensa, determinante para a própria eficácia do ato de cuidar. De acordo com Merhy (2007) o agir em saúde é focado no trabalho vivo que se completa durante sua realização, sendo seu produto indissociável do processo que o produz.

A visita domiciliar é um instrumento de aproximação e favorecimento do vínculo da equipe com os pacientes, ofertando uma maior liberdade para expor seus problemas e pedir ajuda à equipe. Durante nossas entrevistas apenas os ACS e os profissionais das equipes NASF referiram-se às visitas domiciliares que realizavam. De acordo com Silva, Santos e Souza (2012) o convívio próximo com a comunidade permite uma concepção ampliada da conjuntura em que os usuários vivem, o que nos permite conhecer mais profundamente o processo saúde-doença de cada indivíduo.

Para o agir integral em saúde mental é preciso estimularmos artifícios que incluem a escuta, o vínculo e o acolhimento, objetivando atender as necessidades dos usuários e criar ambiente para expressão de sentimentos, sendo essa uma postura condizente com a proposta de acolhimento e humanização (Brasil, 2006). Entretanto, é imprescindível incorporarmos também novas tecnologias de cuidados, para que esse espaço de acolhimento não seja restrito ao consultório. Torna-se necessário propormos novas maneiras de cuidar que nos levem a conhecer e compreender o contexto de vida dos indivíduos.

As falas indicam uma não responsabilização pelo cuidado em saúde mental, fazendo, muitas vezes, com que esses usuários fiquem peregrinando entre os dispositivos de uma rede desarticulada e com inúmeras barreiras de acesso. Moliner e Lopes (2013) afirmam que ao encontrarmos nos discursos dos entrevistados a referência de que os usuários de saúde mental devem ser atendidos pelos CAPS, não tendo uma implicação do cuidado por parte da APS, podemos identificar que ainda nos dias de hoje há uma tendência hospitalocêntrica e das especialidades ao abordarmos saúde mental.

Nenhum dos entrevistados fez referência ao atendimento realizado à família, apenas um dos participantes afirmou que o seu atendimento é estendido à família quando vai orientar sobre o uso dos medicamentos prescritos. O cuidado integral em saúde precisa acontecer intersetorialmente e contemplar a participação dos usuários e familiares na edificação em conjunto do Projeto Terapêutico Singular (BERTAGNONI *et al*, 2012).

As ações de Saúde Mental na APS devem ser realizadas a partir do contexto familiar, tendo como princípio a longitudinalidade do cuidado e o trabalho em rede, produzindo o cuidado em saúde mental com base territorial. Desse modo, Correia (2011) compreende que a atenção destinada aos familiares dos indivíduos em sofrimento e/ou transtorno mental, permite a superação do modelo biomédico, expandindo a percepção das necessidades de saúde de toda a família.

Assim, para a garantia do cuidado integral as ações desenvolvidas na APS devem ter como foco a família e como finalidade a superação do paradigma da clínica tradicional do modelo assistencial focado na doença e na fragmentação do sujeito, para um modelo centrado na saúde do usuário.

No entanto, o presente estudo nos mostra que ainda não conseguimos efetivar a produção do cuidado integral em que o sujeito é um ser biológico, social e

subjetivo. Diante disso, o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico tem se mantido na lógica da medicalização do sujeito, a resolução desse cuidado é associada à prescrição e uso de medicações.

A prescrição dos medicamentos é vista como uma das principais formas de tratamento ao usuário em situação de sofrimento mental. As dificuldades encontradas no cotidiano, o luto, a angústia, o mal-estar, que fazem parte do ser social e de sua singularidade passam a serem apreciadas como doenças e, com isso, necessitam ser medicalizadas para que possam ser curadas (BEZERRA *et al*, 2014). De acordo com Amarante (2015b), a medicalização social tornou-se um fenômeno, são ofertados medicamentos para cura de problemas existenciais da condição humana e para que as pessoas possam se adequar ao estilo de vida da sociedade. Hoje, podemos comprar remédios que nos prometem ficar magros, dormir tranquilamente, ter potência e libido sexual em todas as idades, controle das emoções, diminuição da tristeza.

Freitas e Amarante (2015) afirmam que a medicalização favorece a perda de autonomia dos sujeitos. Para os autores através da prescrição indiscriminada de medicamentos *a medicina se transforma na instituição com maior poder de controle social* (p. 34).

Entretanto, essa não é uma realidade somente das Unidades de Saúde da Atenção Primária, Bezerra *et al* (2014) afirmaram que em seu estudo muitos usuários preferiam ser atendidos no CAPS devido à garantia de atendimento médico e ao acesso ao remédio. Durante a nossa '*Oficina de análise compartilhada dos dados*', os profissionais da Equipe Matriciadora corroboraram com tal informação.

Assim, os usuários em sofrimento/transtorno mental que estão inseridos na APS, vêem suas demandas reduzidas a consulta médica, prescrição do medicamento e a sua entrega. Durante as entrevistas apenas os profissionais do NASF afirmaram realizar alguma atividade em grupo.

Em nenhum momento das entrevistas foi mencionado o trabalho interdisciplinar, os trabalhadores mantêm suas práticas restritas ao consultório e individualmente. Campos (2000) e Merhy (2002) afirmam que para haver mudanças nas práticas desses profissionais de saúde, substituindo o modelo biomédico pelo modelo biopsicossocial, é indispensável que tenhamos mudanças dos processos de trabalho, especialmente com a inclusão da prática interdisciplinar.

Cuidar da pessoa no âmbito territorial, especialmente o cuidado à pessoa com transtorno mental, exige a inclusão de novas relações e dinâmicas sociais, assim como a prioridade no uso de tecnologias leves. Permitindo maior proximidade com cada indivíduo, estabelecendo vínculo e uma relação de confiança (JORGE et al, 2011). De acordo com Campos e Gama (2013), as práticas grupais devem proporcionar *a socialização, a integração, apoio psíquico, trocas de experiência, trocas de saberes e construção de projetos coletivos*. Para eles, *o pertencimento a um grupo favorece a saúde mental do sujeito* (p. 241).

O cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade e tem, como ferramenta de trabalho, a relação. Ele deve contar, assim, com uma relação afinada entre os dispositivos de saúde, seus profissionais, o paciente e sua família. Os relatos nos mostram a frágil relação dos serviços APS com a atenção especializada, inclusive um dos entrevistados afirma não conseguir encaminhar pacientes para o CAPS:

Os Centros de Atenção Psicossocial também são portas de entrada ao sistema de saúde, não havendo necessidade do usuário ser encaminhado pelo sistema de regulação (BRASIL, 2011c). É importante que o encaminhamento seja feito manualmente com o histórico do paciente, inclusive para haver uma comunicação entre os serviços. Segundo Kemper *et al* (2015) uma adequada relação entre os serviços de saúde expande o acesso dos usuários, permitindo um maior deslocamento dos usuários entre eles, possibilitando um olhar integral ao indivíduo.

### **6.3.1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diferentes olhares, potentes possibilidades.**

O NASF foi criado em 2008 com a finalidade de fortalecer, ampliar e integrar as ações desenvolvidas na APS, além de aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade das ações desenvolvidas na atenção primária. O trabalho da equipe do NASF também tem como base os princípios da integralidade, equidade, universalidade e da participação social (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde preconiza que as equipes NASF assumam nove áreas de atuação: atividades físicas; alimentação e nutrição; saúde mental; práticas

integrativas e complementares; assistência farmacêutica; serviço social; reabilitação; saúde da criança, do adolescente e do jovem; e saúde da mulher (Brasil, 2008).

No município de Fortaleza as equipes do NASF são quase inexistentes, não sendo estruturadas em consonância com a portaria 256/2013 (BRASIL, 2013). Os profissionais exercem suas atividades laborais em diversas UAPS e as equipes, em sua maioria, são compostas por dois ou três membros que, muitas vezes, nem conseguem se encontrar por trabalharem em turnos diferentes ou esse encontro acontece apenas uma vez por semana. Todos os profissionais do NASF em Fortaleza são contratados através de seleção pública, permanecendo no máximo dois anos no serviço. Diante dessa realidade muitos questionamentos surgem: Como as equipes NASF vão conseguir estabelecer vínculo com a e-SF e com a comunidade? Como desenvolver as ações de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da saúde?

Mesmo diante de todas essas limitações constatamos que os trabalhadores do NASF do município de Fortaleza procuram ofertar cuidado integral aos indivíduos, visto que as equipes mostram-se comprometidas em focar suas ações em três sentidos: 1) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural; 2) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção reabilitação e cura; 3) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2010b). Isso talvez se justifique pela diversidade de ocupações que podem integrar o NASF, segundo a portaria 256/2013 (BRASIL, 2013). A definição dos profissionais que irão integrar a equipe NASF é de responsabilidade do gestor municipal, em Fortaleza as equipes NASF são formadas pelas seguintes categorias profissionais: assistente social, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e terapeuta ocupacional.

Diante dessa diversidade de formações o NASF pode colaborar para o aumento da capacidade de cuidado integral da APS, realizando diversas atividades que abrangem tanto a dimensões clínica, quanto à sanitária:

(...) discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em outros espaços da comunidade para além das unidades de saúde,

visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2014, p. 18-19)

As equipes NASF e e-SF devem atuar de maneira integrada, compartilhando as práticas e saberes em saúde no atendimento as demandas territorial., visto que os NASF não funcionam como porta de entrada do sistema, mas sim dando apoio ase-SF na coordenação do cuidado, compartilhando a resolução dos problemas e o manejo do cuidado em saúde. Entretanto, de acordo com os relatos, as ações, na maioria das vezes, são realizadas de forma solitária, mostrando pouca, ou nenhuma integração entre as equipes (BARROS, 2015).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Tantas vezes pensamos ter chegado, tantas vezes é preciso ir além”

Fernando Pessoa

Os serviços da APS por estarem no território, próximos aos indivíduos e suas famílias, são espaços adequados para ofertarmos cuidado em saúde mental, em sintonia com os princípios doutrinários do SUS: integralidade, universalidade e equidade no atendimento. Diante das discussões que foram realizadas, no decorrer desse estudo, destacamos que muitos são os limites e entraves para a efetivação do cuidado aos indivíduos em sofrimento e/ou transtorno mental em consonância com os referidos princípios.

Os achados dessa pesquisa demonstram que a Reforma Psiquiátrica no município de Fortaleza consegue produzir um novo modelo de atenção, mesmo que os modelos de gestão por algumas vezes retroceda no processo é possível caminharmos na consolidação de saberes e práticas na perspectiva da atenção psicossocial.

Analisando as falas podemos constatar que estamos sim construindo um novo paradigma em torno da saúde/doença mental direcionado as ciências sociais, entretanto o modelo biomédico ainda está muito presente nas nossas ações enquanto profissionais de saúde, o que fortalece a permanência da psiquiatria tradicional.

Com isso, não podemos negar também a mudança no modelo técnico-assistencial, com a inclusão de novos serviços em saúde mental focados no atendimento psicossocial e o acolhimento das ações de saúde mental também na APS. A dimensão jurídica-política é palpável, há um arcabouço jurídico direcionando novas práticas e constituindo novos serviços. Inclusive no âmbito municipal.

A dimensão sociocultural propõe um novo olhar para a loucura e para o indivíduo em sofrimento psíquico, através do imaginário social e de sua relação com a sociedade. Ainda é muito forte a tendência à institucionalização da loucura, hoje representada na figura dos CAPS e das comunidades terapêuticas. Entretanto, ao poucos estamos conseguindo transpor os muros dos serviços e equipamentos para adentrarmos nos espaços comunitários e familiares, para isso a APS deve ser a grande protagonista de todo o processo.

Diante disso, em relação ao conceito de saúde mental pesquisado, podemos identificar que os profissionais não têm clareza quanto a sua concepção, o que certamente vem influenciando em seus modos de agir. Houve divergências nas suas concepções, muitas vezes o mesmo profissional apresentava contradições durante seu discurso. Isso provavelmente explica as ações em saúde que, na maioria das vezes, tem como base o paradigma biomédico, mas outras vezes predomina aspectos psicológicos e sociais, e identificamos ainda, apesar de timidamente, ações que corroboram com a concepção ampliada de saúde e que visam o cuidado integral.

A análise das falas dos participantes nos permitiu identificar alguns aspectos que vem dificultando o cuidado integral à saúde mental na APS: a centralidade no modelo biomédico, não havendo critérios nos encaminhamentos para a atenção especializada; a limitada inserção da família como parte do cuidado; a ausência de participação comunitária; a quase inexistência de equipes NASF no município de Fortaleza, além da não integração dessas poucas equipes com as e-SF; a incipiente articulação da RAPS, o que desfavorece o cuidado intersetorial; os trabalhadores da APS entrevistados, não se sentem implicados em cuidar do indivíduo em sofrimento e/ou transtorno mental.

Diante desse quadro, acreditamos que com a efetiva implantação do NASF no município de Fortaleza, em consonância com os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), potencializaremos o cuidado em saúde mais integral, auxiliando na expansão da capacidade de análise das circunstâncias e de intervenção a respeito dos problemas e necessidades de saúde da população.

Percebemos nas falas dos atores sociais que há a urgente necessidade da gestão municipal oficializar e intensificar o Apoio Matricial como um dispositivo que possibilita a construção de novos processos de trabalho, auxiliando os profissionais da APS e contribuindo para a construção, através de uma relação horizontal, do cuidado integral e compartilhado em saúde mental.

O cuidado integral em saúde mental na APS requer um trabalho articulado da RAPS, entretanto nos deparamos com uma rede fragilizada e fragmentada. Assim, faz-se necessário a integração dos diversos pontos de atenção, fortalecendo as estratégias de encontro, comunicação e relacionamento entre os profissionais dos diversos equipamentos e de diferentes níveis de complexidade.

A realização da Oficina de análise compartilhada dos dados foi um desafio instigante, ousamos ao proporcionarmos o diálogo entre profissionais de diversos níveis de atenção à saúde. Os participantes afirmaram que durante encontro tiveram a oportunidade de apreciar e escutar o outro profissional que ocupa diferentes espaços na RAPS.

A construção coletiva da análise nos permitiu um momento reflexivo e de uma densa discussão, além de consentir uma maior aproximação com o nosso objeto de estudo. Assim, com essa diversidade de olhares, nossa dissertação foi construída dialogicamente, com novas cores e possibilidades.

Entretanto, ainda há um longo caminho para percorrermos para efetivarmos o cuidado integral em saúde mental na atenção primária. É necessidade de superarmos o paradigma biomédico arraigado nos profissionais da saúde, mudando conceitos e as atuais práticas.

Com isso, identificamos a necessidade de serem instituídos espaços de Educação Permanente em Saúde Mental no município de Fortaleza, onde os profissionais vão ter a oportunidade de refletirem sobre suas práticas, ressignificá-las e aprimorar seus conhecimentos na área de saúde.

Esses espaços devem ser construídos no cotidiano valorizando e utilizando experiências e contextos locais, possibilitando a construção contínua do conhecimento. É fundamental que os trabalhadores sejam os protagonistas de todo o processo, possibilitando a reflexão sobre sua própria prática.

O estudo nos mostrou que o município de Fortaleza possui uma grande potencialidade para o atendimento integral em saúde mental na atenção primária, entretanto precisamos superar as situações limites apontadas.

## REFERÊNCIAS

- ACRE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 541-560, 2011.
- AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALMEIDA, G. H. **Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes**. 2010, 160 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AMARAL, C. E. M. **Rede de atenção em saúde mental do município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos**. 2013, 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de saúde comunitária, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- AMARANTE, A. L., et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Revista Texto e Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Revisada e ampliada, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015a.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015b.
- \_\_\_\_\_. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. São Paulo: Zagodini, 2015c.
- ANDRADE, L. O. M., et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. *et. col.* (orgs.), **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Revista e Aumentada. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 855-902, 2013
- BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de apoio à saúde da família da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BARROS, S.; CLARO, H. G. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. **Revista Escola de Enfermagem USP**; v. 45, n. 3, p. 700-707, 2011.
- BAUER, M. W.; GASKELL G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BERTAGNONI, L. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e saúde mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Revista Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 153-162, maio/ago. 2012

BERTOLINO NETO, M. M. **Atenção em saúde mental**: identificação e acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da Estratégia de Saúde da Família. 2011. 142 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicalização e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BICHARA, P. F. Psicanálise e saúde mental. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H.(orgs). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. Campinas, SP: Hucitec, p. 220-227, 2007.

BORNSTEIS, V. J. et al. Educação popular em saúde e o protagonismo dos sujeitos sociais. In: SANTOS, S. A. (org). **Curso educação popular em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: ENSP, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N.º 466/12. **Estabelece critérios sobre Pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, Diário Oficial da União, 1990a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília-DF: Diário oficial da União. 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216** de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Brasília-DF: Diário Oficial da União. 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília/DF, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS**: Documento Base. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24/01/2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.** Brasília, 2012a.

\_\_\_\_\_. 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 – 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 39.** Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 01: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. **Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org). **Serviço Social e Saúde**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, F. E. *et al.* Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 219-250, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia saúde família. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 3 ed. São Paulo: Hucitec, p. 132-153, 2013.

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

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (ORG). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p. 221-246, 2013.

CARRETEIRO, T. C. Perspectivas da cidadania brasileira: entre as lógicas do direito, do favor e da violência. In: ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. (org). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 2, p. 19-38, 2013.

CARVALHO, G. Os governos trincam e truncam o conceito de integralidade. **Revista Radis**, v. 49, n. 16, 2006.

CAVALVANTE, R. B. *et al.* Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidade e limitações do método. **Revista Informação e Sociedade**: Estudos, João Pessoa, PB. v. 24, n. 1, p 13-18, jan./abr. 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set. 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Revista. Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, p.41-65, 2004.

CHIAVERINI, D. H. (Org) *et al.* **Guia de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe saúde da família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

CORREIA, V. R. **O profissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde mental**, 2011, 98f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

COSTA, F. R. M. et al. Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 491-502, 2015.

COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia saúde da família. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 503-517, nov. 2008.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. Estudo de Psico- patologia do trabalho. 6 Edição. São Paulo: Cortez, 2015.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde no cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, fev. 2012

DIMENSTEIN, M *et al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n 1, p. 63-74, 2009.

DRIESSNACK, M. *et al.* Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: Parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev. Panam Salud Publica**. v. 24, n. 3, p. 180-187, 2008.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). 2006 78f. . Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FITTIPAUDI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde e Debate**; Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 76-87, jan./mar. 2015.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 13.493**, de 30 de Dezembro de 2015. Dispõe sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da Secretaria Municipal de Saúde, e dá outras providências. Fortaleza, 2014b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017**. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2014a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2007 da Secretaria Municipal de Fortaleza**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza- CE: SMS, 2008.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**: na Idade Clássica. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 35. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

FROTA, A. C. **O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família**: o caso Fortaleza, 2009, 78f. Dissertação (Mestrado em Vigilância em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, 2009.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, nov. 2008.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 287 -301, mar./ago. 2005.

GONÇALVES, D. A., et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e minotauro: saúde mental na atenção primária à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015.

HIRDES, A.; SILVA, M. K. R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. **Revista Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 582-592, Rio de Janeiro, jul./set, 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da Federação Brasileiros com data de Referência em 1º de Julho de 2016.** set. 2016.

IGLESIAS, A; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3791-3798, 2014.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da saúde mental e tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3051-60, 2011.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária \_a Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 738-44, set./out. 2013.

KANTORSKI, L.; PINHO, L. B. Psychiatriccare in theBraziliancontext. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 2107-2114, 2011.

KEMPER, M. L. C. et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET – Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Interface – Comunicação, saúde, educação**. v. 19, Supl. 1, p. 995-1003, 2015.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. *et. col.* (orgs.), **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Revista e Aumentada. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 615-634, 2013.

LIBERATO, M. T. C. **A dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica:** articulando redes para a consolidação da atenção psicossocial, 2011, 85f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2011.

LUCCHESI, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista Enfermagem**. v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014a.

LUCCHESI, R. et al. Saberes profissionais na atenção primária à saúde da pessoa/família em sofrimento mental: perspectiva de Le Boterf. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 48, p. 128-137, 2014b.

\_\_\_\_\_. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n. 9, p. 2033-42, 2009.

LUNARDELLI, R. S. A.; TONELLO, I, M. S.; MOLINA, L. G. A Constituição da Memória dos Procedimentos em Saúde no Contexto do Prontuário Eletrônico do Paciente. **Informação e Informação**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 107-124, fev. 2014.

MARTINÉZ-SALGADO, C. El muestreo em investigacióncualitativa: principios básicos y algunas controversias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.3, p. 616-619, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R (orgs). **Agir em saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, p. 197-228, 2002.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.) *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde Mental na atenção Básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e a integralidade da saúde mental. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.

MORAIS, A. P. P. **Saúde Mental na Atenção Básica**: o desafio da implementação do apoio matricial. 2010, 97f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MOURA, E. R. F. et al. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que os profissionais do CASP têm a dizer. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 46, n. 4, p. 935-43, 2012.

NEVES, H. G. et al. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para a atenção primária em saúde. **Revista Rene**. v. 13, n. 1, p. 53-63. 2012.

NEVES, H. G.; LUCHESE, R. MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária construção de competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 4, p. 666-670, jul./ago. 2010.

OLIVEIRA, B. N. **Ações da Estratégia Saúde da Família**: um estudo avaliativo, 2015, 77 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

OLIVEIRA, F. B. et al. (Re) Construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde - RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 109-115, abr./jun., 2011.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERREIRO, A. V. P. (ORG). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p. 273-282, 2013.

Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Portugal, 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Oficina do APSUS – Formação e qualificação do profissional em Atenção Primária à Saúde**: Oficina 8, Saúde Mental. Curitiba, mar. 2014.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation Andrés earch methods**. Londres: SAGE, 2002.

PAUGAM, S. O. O enfraquecimento e o rompimento dos vínculos sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. (Org) **As artimanhas da exclusão**. Análise psicossocial e ética da desigualdade social. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PAULON, S. M. et al. Errâncias e intinerâncias de uma pesquisa avaliativa em saúde: a construção de uma metodologia participativa. **Revista Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 2, Florianópolis, p. 20-28, 2014.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas Pedagógicas: Relato de uma Experiência. **Conjectura**, Caxias do Sul, v. 14, n. 2, p. 77-88, maio/ago, 2009.

PONTE, D. C. F. **Política de humanização na Estratégia Saúde da Família**: caso de uma unidade de saúde no município de Fortaleza/CE, 2014, 78f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 3. Rio de Janeiro, 2003, p. 229-236. 2003.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec., 2001.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

SANTOS, M. O retorno do território. **OSAL**: Observatório Social da América Latina. Año 6, n. 16. Buenos Aires, Jun, 2005.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta. A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p.13-18, 1996.

SEGURIDAD, JUSTICIA Y PAZ. **Caracas, Venezuela, es la ciudad más violenta del mundo**. México, 2016.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JÚNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012

SILVA, C. B.; SANTOS, J. E.; SOUZA, R. C. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 153-160, 2012.

SOUZA, J.; LUIS, M. A. V. Demandas de Saúde Mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta Paul Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 852-858, 2012.

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

SURJUS, L. T. S; CAMPOS, R. O. A avaliação dos usuários sobre os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 1, p. 122-133, São Paulo, mar. 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais** – a pesquisa qualitativa em educação. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

VAISBERG, T. A. Da questão do método à busca do rigor. In: VAISBERG, T. A. **Ser e fazer**: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

World Health Organization (WHO). **Investing in mental health**: evidence for action. Geneva, Switzerland, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

NOME	IDADE	SEXO	FORMAÇÃO	ANO FORMAÇÃO	POSSUI POS GRADUACAO	AREA DA POS	CURSO EM SAÚDE MENTAL
E-1	52	Masculino	Medicina	1990	SIM	Pediatria	NÃO
E-2	55	Feminino	Técnico(a)de Enfermagem	2001	NÃO		NÃO
E-3	25	Feminino	Enfermagem	2014	SIM	Saúde da Família	NÃO
E-4	32	Feminino	Fisioterapia	2008	SIM	Saúde da Família	SIM
E-5	33	Masculino	Outro	NI	SIM	Gestão em Saúde	NÃO
E-6	43	Feminino	Odontologia	1998	SIM	Saúde Pública	NÃO
E-7	27	Feminino	Enfermagem	2015	NÃO		NÃO
E-8	42	Feminino	Enfermagem	2013	SIM	UTI	NÃO
E-9	48	Masculino	Medicina	1992	SIM	Ginecologia	NÃO
E-10	46	Feminino	Ensino Médio	1987	NÃO		NÃO
E-11	50	Masculino	Ensino Médio	1991	NÃO		NÃO
E-12	43	Feminino	Fisioterapia	1996	SIM	Cardiopneumologia	NÃO

NOME	QUAL CURSO	TEMPO DE ATUACAO	CARGO	VINCULO	CH SEMANAL	TEMPO NO CARGO	REGIONAL
E-1		11 anos	Médico	Concurso público(Estatutário)	40	11 anos	I
E-2		14 anos 7 meses	Técnico(a)de Enfermagem	Concurso público(Estatutário)	40	14 anos	I
E-3		1 ano 6 meses	Enfermeiro(a)	Seleção pública (Celetista)	40	1 ano 6 meses	I
E-4	Álcool e Outras Drogas	4 anos 6 meses	Fisioterapeuta	Seleção pública (Celetista)	20	1 ano 6 meses	I
E-5		7 anos	ACS	Concurso público(Estatutário)	40	2 anos	I
E-6		4 anos	Dentista	Concurso público(Estatutário)	32	4 anos	II
E-7		1 anos 6 meses	Técnico(a)de Enfermagem	Concurso público(Estatutário)	40	1 ano 6 meses	II
E-8		2 anos	Enfermeiro(a)	RPA	40	1 ano 6 meses	II
E-9		15 anos	Médico	Concurso público(Estatutário)	40	10 anos	II
E-10		6 anos	ACS	Concurso público(Estatutário)	40	6 anos	II
E-11		7 anos	ACS	Concurso público(Estatutário)	40	7 anos	III
E-12		2 anos	Fisioterapeuta	Seleção pública (Celetista)	20	2 anos	III
E-13	Curso básico de Saúde Mental - Hospital São Camilo	10 anos	Técnico(a)de Enfermagem	Seleção pública (Celetista)	40	4 anos	III
E-14		2 anos	Fisioterapeuta	Seleção pública (Celetista)	20	2 anos	III

E-15	Capacitação em Saúde Mental na Atenção Primária	11 anos	Dentista	Concurso público(Estatutário)	40	10 anos	III
------	---	---------	----------	-------------------------------	----	---------	-----

NOME	IDADE	SEXO	FORMAÇÃO	ANO FORMAÇÃO	POSSUI POS GRADUACAO	AREA DA POS	CURSO EM SAÚDE MENTAL
E-16	36	Feminino	Enfermagem	2008	SIM	UTI	NÃO
E-18	33	Feminino	Nutricionista	2008	SIM	Fitoterapia Funcional	NÃO
E-19	43	Feminino	Odontologia	1998	SIM	Mestrado Saúde Pública	SIM
E-20	41	Masculino	Medicina	1999	SIM	Auditoria	NÃO
E-21	58	Feminino	Técnico(a)de Enfermagem	2010	NÃO		NÃO
E-22	49	Feminino	Odontologia	1987	SIM	Odonto Pediatria	NÃO
E-23	52	Masculino	Medicina	1990	SIM	Medicina da Família e Infectologia	SIM
E-24	54	Feminino	Enfermagem	1994	SIM	Saúde da Família	NÃO
E-25	26	Feminino	Técnico(a)de Enfermagem	2007	NÃO		NÃO
E-26	51	Masculino	Ensino Médio	NI	NÃO		SIM

E-27	41	Feminino	Enfermagem	1998	SIM	Saúde da Família	NÃO
E-28	34	Feminino	Odontologia	2004	SIM	Educação em Saúde para Preceptores do SUS	SIM
E-29	40	Feminino	Medicina	1998	SIM	Pediatria	NÃO
E-30	48	Feminino	Auxiliar de Enfermagem	1993	NÃO		NÃO
E-31	58	Feminino	Ensino Médio		NÃO		NÃO

NOME	QUAL	TEMPO DE ATUACAO	CARGO	VINCULO	CH SEMANAL	TEMPO NO CARGO	REGIONAL
E-16		1 ano 6 meses	Enfermeiro(a)	Seleção pública (Celetista)	40	1 ano 6 meses	III
E-18		5 anos 9 meses	Nutricionista	Seleção pública (Celetista)	40	1 ano 6 meses	IV
E-19	Apoio Matricial em Saúde Mental	10 anos	Dentista	Concurso público(Estatutário)	40	6 anos	IV
E-20		17 anos	Médico	Concurso público(Estatutário)	40	10 anos	IV
E-21		9 anos	Técnico(a)de Enfermagem	RPA	40	6 anos	IV
E-22		15 anos	Dentista	Concurso público(Estatutário)	32	6 anos	V
E-23	Reação situacional	25 anos	Médico	Mais Médico	32	2 anos 6 meses	V
E-24		21 anos	Enfermeiro(a)	Concurso público(Estatutário)	32	18 anos	V

E-25		3 anos		Seleção pública (Celetista)	40	3 anos	V
E-26	Caminhos do Cuidado	8 anos		Concurso público(Estatutário)	40	8 anos	V
E-27		18 anos	Enfermeiro(a)	Concurso público(Estatutário)	32	10 anos	VI
E-28	Supera 8	12 anos	Dentista	Concurso público(Estatutário)	40	9 anos 6 meses	VI
E-29		10 anos	Médico	Concurso público(Estatutário)	32	10 anos	VI
E-30		1 ano 6 meses	Auxiliar de Enfermagem	RPA	40	1 ano 6 meses	VI
E-31		7 anos	ACS	Concurso público(Estatutário)	40	7 anos	VI

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO


**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE**  
**MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Pesquisa **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA UM CUIDADO INTEGRAL** tem como objetivo geral compreender o saber e o agir dos profissionais da APS no contexto da Rede Atenção Psicossocial no Município de Fortaleza. Tem como pesquisadora Ingrid Bezerra Costa Maia, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. **CONVIDAMOS** você a participar do estudo, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua entrevista poderá ser áudio-gravada com auxílio de um gravador, marcada com antecedência, em local e horário determinado por você. As observações serão registradas em diário de campo. Os áudios serão transcritos na íntegra e armazenados por cinco anos, estando a seu dispor durante este período, após o qual as gravações serão digitalmente descartadas, bem como suas transcrições. Caso ache necessário, poderá ouvir o conteúdo da gravação e retirar e/ou acrescentar informações a qualquer momento. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados a possível constrangimento, angústia e incomodo diante de algumas questões a serem respondidas, neste caso, a pesquisadora será obrigada a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde, além disso, as entrevistas serão realizadas em ambiente próprio e que assegure o sigilo da pesquisa o que poderá amenizar os possíveis riscos. Os benefícios, serão aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado, otimização do processo de trabalho e melhoria no atendimento. A qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo e, ressaltando novamente, tem liberdade para desistir quando assim não achar mais conveniente. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para essa pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (88) 99917-8675, ou com o comitê de ética em Pesquisa da UECE conforme dados fornecidos abaixo. Caso concorde em participar do estudo, você assinará este documento, que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

---

 Assinatura do Participante

---

 Ingrid Bezerra Costa Maia  
 Pesquisadora

Email: costaeuce@gmail.com

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE:  
 Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campos do Itaperi, CEP 60.714-903, Fortaleza - Ce.  
 Telefone para contato: (85) 3101-9890

## APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

## MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA  
UM CUIDADO INTEGRAL****PESQUISADORA:** Ingrid Bezerra Costa Maia**ORIENTADORA:** Prof. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/2016

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

## ROTEIRO DE ENTREVISTA – Profissional da ESF e NASF

**1. PERFIL DO ENTREVISTADO (A):**

1.1. Idade (anos): \_\_\_\_\_

1.2. Sexo: \_\_\_\_\_

1.3. Formação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

1.4. Pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não.

1.5. Se sim, em que área? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

1.6. Você já fez algum curso e/ou formação na área da saúde mental?

( ) Sim ( ) Não

1.7. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

1.8. Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_

1.9. Cargo/função: \_\_\_\_\_

1.10. Vínculo empregatício na administração municipal: \_\_\_\_\_

1.11. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ 1.10. Tempo no cargo: \_\_\_\_\_

**2. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE AS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA  
ATENÇÃO BÁSICA.**

2.1. Qual a sua concepção sobre de saúde mental?

2.2. Como você identifica um caso de Saúde Mental?

2.3. O que você faz quando identifica um caso de Saúde Mental?

2.4. Quando você tem uma dificuldade ou dúvida em saúde mental quem e/ou onde você procura auxílio?

2.5. Você identifica algum o recurso e/ou dispositivo na comunidade ou no território que você pode considerar integrante da RAPS? Quais?

2.6. Como é para você trabalhar com a demanda de saúde mental?

2.7. Comente sobre as ações de Saúde Mental que você desenvolve.

2.8. Quais casos você encaminha para serviços especializados para atendimento de saúde mental? Quais os critérios você usa? E para onde você geralmente encaminha?

2.9. Como se dá a inserção da Atenção Primária à Saúde – APS na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS? Como a APS articula e coordena o cuidado em Saúde Mental RAPS?

## APÊNDICE D – CONVITE DA OFICINA 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

Centro de Ciências da Saúde – CCS

1. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

Av. Dr. Silas Munguba, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 – Serrinha  
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413 / [cmprsf@uece.br](mailto:cmprsf@uece.br) / [www.uece.br/renasf](http://www.uece.br/renasf)

Ofício N°. 13/2016

Fortaleza, 22 de setembro de 2016.

## CONVITE

Prezado Profissional de Saúde da SMS-Fortaleza,

Nós membros do Grupo de Pesquisa Vida & Trabalho da Universidade Estadual do Ceará-UECE, vimos por meio deste convidá-lo a participar da 2ª fase da pesquisa intitulada **Saúde Mental na Atenção Primária: entre o saber e o agir para um cuidado integral**, coordenada pelas professoras-pesquisadoras Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais e Mestranda Ingrid Bezerra Maia. Esta pesquisa está vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família-MPSF da Nucleadora UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-Renasf. Temos a honra e a satisfação de sua presença para Oficina de Análise de Dados Participativa. O Evento ocorrerá no dia 29 de setembro de 2016 (5ªfeira), das 13h as 17h30 e será sediado na UECE-Campus do Itaperi (Espaço Mundo Verde). Será uma ação compartilhada entre atenção, gestão e formação. Serão tomadas as providências necessárias para o deslocamento e acomodação dos participantes.

Desde já agradecemos vossa colaboração e participação.

Atenciosamente,

*Ana Patrícia Pereira Morais*  
 Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais  
 Coordenadora do MPSF  
 Nucleadora - UECE  
 Mestrado Prof. em Saúde da Família  
 Coordenação / UECE

*Ingrid Bezerra Maia*  
 Esp. Ingrid Bezerra Maia  
 Ass. Social / Mestranda MPSF-UECE

Ilmo Sr. (a):

**Profissional da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE**

Nesta/



**APÊNDICE E - CONVITE DA OFICINA 2**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE**  
**Centro de Ciências da Saúde – CCS**



2. Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF

Av. Dr. Silas Munguba, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 – Serrinha

Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413 / [cmpsf@uece.br](mailto:cmpsf@uece.br) / [www.uece.br/renasf](http://www.uece.br/renasf)

Ofício N°. 14/2016Fortaleza, 22 de setembro de 2016.

## C O N V I T E

Prezado Profissional de Saúde da SMS-Fortaleza,

Nós membros do Grupo de Pesquisa Vida & Trabalho da Universidade Estadual do Ceará-UECE, vimos por meio deste convidá-lo a participar da 2ª fase da pesquisa intitulada **Saúde Mental na Atenção Primária: entre o saber e o agir para um cuidado integral**, coordenada pelas professoras-pesquisadoras Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais e Mestranda Ingrid Bezerra Maia. Esta pesquisa está vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família-MPSF da Nucleadora UECE da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-Renasf. Temos a honra e a satisfação de sua presença para Oficina de Análise de Dados Participativa. O Evento ocorrerá no dia 29 de setembro de 2016 (5ªfeira), das 13h as 17h30 e será sediado na UECE-Campus do Itaperi (Espaço Mundo Verde). Será uma ação compartilhada entre atenção, gestão e formação.

Desde já agradecemos vossa colaboração e participação.

Atenciosamente,

*Ana Patrícia Pereira Morais*  
 Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais  
 Coordenadora do MPSF  
 Nucleadora - UECE  
 Mestrado Prof. em Saúde da Família  
 Coordenação / UECE

*Ingrid Bezerra Maia*  
 Esp. Ingrid Bezerra Maia

Ass. Social / Mestranda MPSF-UECE

Ilmo Sr. (a):

**Profissional da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE**

Nesta/



APÊNDICE F – PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Pesquisa - Saúde Mental na Atenção Primária: entre o saber e o agir para um cuidado integral

**PROGRAMAÇÃO**

13:00h - Acolhida

13h20min – Dinâmica de Apresentação

14:00h – Apresentação do Projeto e da Proposta da Oficina

14h30min – Trabalho em Grupo: Análise das falas, discussão e sistematização para apresentação.

15h30 min – Lanche

15h50min – Apresentação dos Grupos e discussão

17h – Encerramento e Avaliação

**Oficina Análise compartilhada dos dados**

**Data:** 29/09/2016

**Local:** Mundo Verde – Universidade Estadual do Ceará

## APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA OFICINA



### UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Pesquisa **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA UM CUIDADO INTEGRAL** tem como objetivo geral compreender o saber e o agir dos profissionais da APS no contexto da Rede Atenção Psicossocial no Município de Fortaleza. Tem como pesquisadora Ingrid Bezerra Costa Maia, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. **CONVIDAMOS** você a participar do estudo, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, serão realizadas oficinas com exibição dos achados obtidos nas entrevistas ocorridas em etapa anterior do estudo. Em seguida você será convidado a participar de discussões relacionadas a proposição de melhorias e estratégias que visem superar as situações limite identificadas pelo estudo. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados a possível constrangimento, angústia e incomodo diante de algumas questões a serem discutidas, neste caso, a pesquisadora será obrigada a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde, além disso, as oficinas serão realizadas em ambiente próprio e que assegure a integridade do pesquisado o que poderá amenizar os possíveis riscos. Os benefícios serão voltados aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado, otimização do processo de trabalho e melhoria no atendimento. A qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo e, ressaltando novamente, tem liberdade para desistir quando assim não achar mais conveniente. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para essa pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (88) 99917-8675, ou com o comitê de ética em Pesquisa da UECE conforme dados fornecidos abaixo. Caso concorde em participar do estudo, você assinará este documento, que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Ingrid Bezerra Costa Maia  
Pesquisadora

Email: costaeuce@gmail.com

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

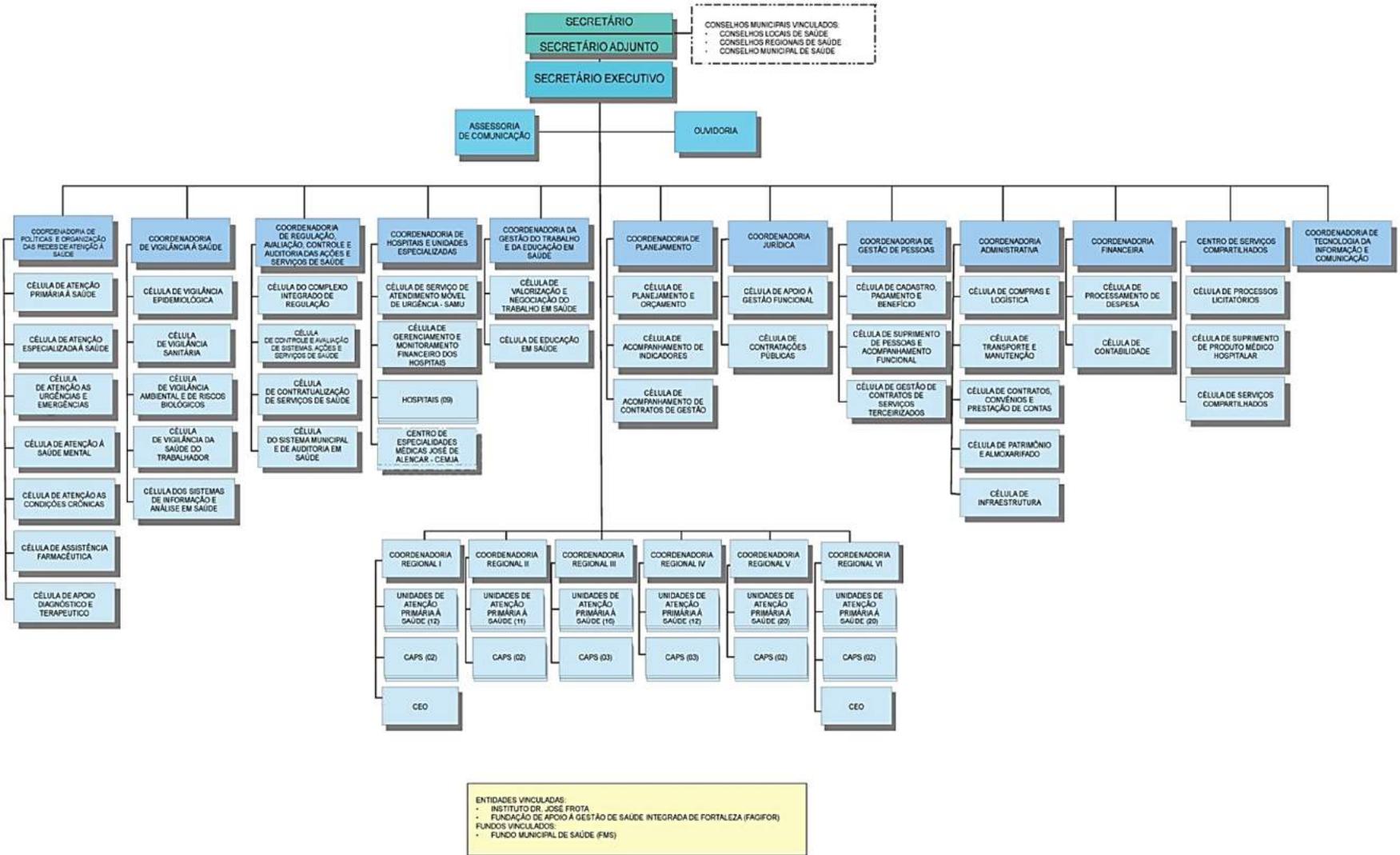
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE:  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campos do Itaperi, CEP 60.714-903, Fortaleza - Ce.  
Telefone para contato: (85) 3101-9890

**ANEXOS**

ANEXO A - ORGANOGRAMA



ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



## ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P077353/2016**

Título do Projeto de Pesquisa: **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA UM CUIDADO INTEGRAL.**

Pesquisadoras Responsáveis: **INGRID BEZERRA COSTA MAIA E ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 3 de março de 2016.

*Maria Ivanília Tavares Timbó*  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanília Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

PREFEITURA DE FORTALEZA  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

**À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES I**

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância referente à realização da pesquisa intitulada: **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA UM CUIDADO INTEGRAL.**

Seguem as informações sobre o referido estudo:

- Pesquisadora: **INGRID BEZERRA COSTA MAIA;**
- Orientadora: **ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS;**
- Curso: **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA;**
- Instituição: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ;**
- Local de realização da pesquisa: **UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE JOÃO MEDEIROS DE LIMA, VINCULADA À SECRETARIA REGIONAL I;**
- Período de coleta de dados: **ABRIL A JUNHO DE 2016.**

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar apresentação oral dos resultados do estudo para a **COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - COGTES** e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca desta Coordenadoria.

Comunicamos que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme sua competência, do presente estudo.

Fortaleza, 3 de março de 2016.

*Maria Ivanília Tavares Timbó*  
 Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanília Tavares Timbó  
 Coordenadora de Gestão do  
 Trabalho e Educação em Saúde

PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES II

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância referente à realização da pesquisa intitulada: **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA UM CUIDADO INTEGRAL.**

Seguem as informações sobre o referido estudo:

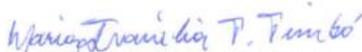
- Pesquisadora: **INGRID BEZERRA COSTA MAIA;**
- Orientadora: **ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS;**
- Curso: **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA;**
- Instituição: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ;**
- Local de realização da pesquisa: **UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE RIGOBERTO ROMERO, VINCULADA À SECRETARIA REGIONAL II;**
- Período de coleta de dados: **ABRIL A JUNHO DE 2016.**

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar apresentação oral dos resultados do estudo para a **COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - COGTES** e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca desta Coordenadoria.

Comunicamos que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme sua competência, do presente estudo.

Fortaleza, 3 de março de 2016.

  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Maria Ivanília Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do  
Trabalho e Educação em Saúde

PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES III

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância referente à realização da pesquisa intitulada: **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA UM CUIDADO INTEGRAL.**

Seguem as informações sobre o referido estudo:

- Pesquisadora: **INGRID BEZERRA COSTA MAIA;**
- Orientadora: **ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS;**
- Curso: **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA;**
- Instituição: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ;**
- Local de realização da pesquisa: **UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ANASTÁCIO MAGALHÃES, VINCULADA À SECRETARIA REGIONAL III;**
- Período de coleta de dados: **ABRIL A JUNHO DE 2016.**

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar apresentação oral dos resultados do estudo para a **COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - COGTES** e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca desta Coordenadoria.

Comunicamos que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme sua competência, do presente estudo.

Fortaleza, 3 de março de 2016.

*Maria Ivanília T. Timbó*  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do  
Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES IV

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância referente à realização da pesquisa intitulada: **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA UM CUIDADO INTEGRAL.**

Seguem as informações sobre o referido estudo:

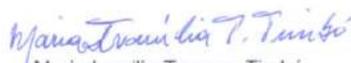
- Pesquisadora: **INGRID BEZERRA COSTA MAIA;**
- Orientadora: **ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS;**
- Curso: **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA;**
- Instituição: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ;**
- Local de realização da pesquisa: **UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ROBERTO DA SILVA BRUNO, VINCULADA À SECRETARIA REGIONAL IV;**
- Período de coleta de dados: **ABRIL A JUNHO DE 2016.**

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar apresentação oral dos resultados do estudo para a **COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - COGTES** e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca desta Coordenadoria.

Comunicamos que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme sua competência, do presente estudo.

Fortaleza, 3 de março de 2016.

  
Maria Ivanilia Tavares Timbó

Maria Ivanilia Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do  
Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde



PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES V

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância referente à realização da pesquisa intitulada: **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA UM CUIDADO INTEGRAL.**

Seguem as informações sobre o referido estudo:

- Pesquisadora: **INGRID BEZERRA COSTA MAIA;**
- Orientadora: **ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS;**
- Curso: **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA;**
- Instituição: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ;**
- Local de realização da pesquisa: **UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ABNER CAVALCANTE BRASIL, VINCULADA À SECRETARIA REGIONAL V;**
- Período de coleta de dados: **ABRIL A JUNHO DE 2016.**

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar apresentação oral dos resultados do estudo para a **COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - COGTES** e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca desta Coordenadoria.

Comunicamos que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme sua competência, do presente estudo.

Fortaleza, 3 de março de 2016.

*Maria Ivanília Tavares Timbó*  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do  
Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

**PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES VI**

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância referente à realização da pesquisa intitulada: **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENTRE O SABER E O AGIR PARA UM CUIDADO INTEGRAL.**

Seguem as informações sobre o referido estudo:

- Pesquisadora: **INGRID BEZERRA COSTA MAIA;**
- Orientadora: **ANA PATRÍCIA PEREIRA MORAIS;**
- Curso: **MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA;**
- Instituição: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ;**
- Local de realização da pesquisa: **UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE GALBA DE ARAÚJO, VINCULADA À SECRETARIA REGIONAL VI;**
- Período de coleta de dados: **ABRIL A JUNHO DE 2016.**

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão realizar apresentação oral dos resultados do estudo para a **COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - COGTES** e entregar uma cópia impressa do trabalho para compor a biblioteca desta Coordenadoria.

Comunicamos que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme sua competência, do presente estudo.

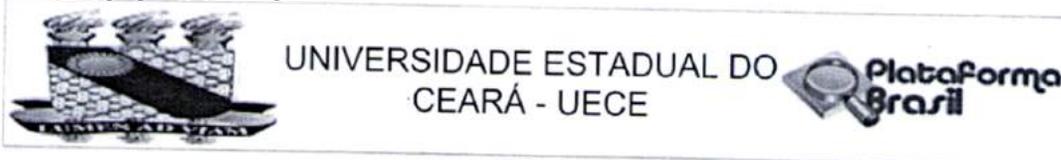
Fortaleza, 3 de março de 2016.

*Maria Ivanília Tavares Timbó*  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do  
Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

## ANEXO C – PARECER


**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**
**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Saúde Mental na Atenção Primária: entre o saber e o agir para um cuidado integral.

**Pesquisador:** INGRID BEZERRA COSTA MAIA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54670016.8.0000.5534

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ FUNECE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.483.189

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa de estudo de caso, tendo como referencial teórico e conceitual a Rede de Atenção Psicossocial, a Política de Saúde Mental para a Atenção Primária e o saber e agir em saúde mental na atenção primária. A pesquisa será realizada no município de Fortaleza – CE com profissionais da Atenção de Primária em Unidades de Atenção Primária à Saúde nas seis Secretarias Executivas Regionais. Serão utilizadas como técnicas de coleta de dados na pesquisa de campo a entrevista semiestruturada e gravada com profissionais Equipe Saúde da Família e NASF e uma oficina onde dialogaremos sobre os achados do primeiro momento da pesquisa. Os dados serão sistematizados e analisados conforme objetivos do estudo e de acordo com os preceitos básicos da análise de conteúdo temática ou categorial.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário:

Compreender o saber e o agir dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto da Rede Atenção Psicossocial no Município de Fortaleza.

Objetivo Secundário:

Averiguar o entendimento da equipe da estratégia saúde da família sobre o conceito de saúde mental na Atenção Primária à Saúde;

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

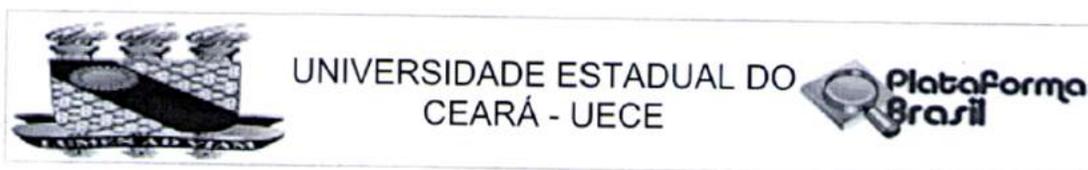
**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.483.189

Identificar como se dá a inserção da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção Psicossocial no atendimento das demandas de saúde mental na perspectiva dos profissionais.

Identificar as ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais na Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza;

Analisar a percepção dos profissionais sobre o cuidado às demandas de saúde mental no cotidiano das práticas da Atenção Primária à Saúde;

Identificar as necessidades da equipe da atenção primária para desenvolver ações integrais de saúde mental na comunidade.

Analisar a necessidade de educação permanente dos profissionais da APS na atenção à saúde mental.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos da pesquisa segundo o pesquisador estão relacionados a possível constrangimento, angústia e incomodo diante de algumas questões a serem respondidas, diante disso ressalta ao participante que pode interromper a pesquisa. Os benefícios serão aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado, otimização do processo de trabalho e melhoria no atendimento.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

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

Os termos estão adequados.

#### **Recomendações:**

Seria importante no TCLE melhorar a formatação aumentando o tamanho da letra, dando parágrafos no texto e incluir email do cep ([cep@uece.br](mailto:cep@uece.br)).

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

Não há pendências.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_665831.pdf	08/03/2016 00:35:10		Aceito

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

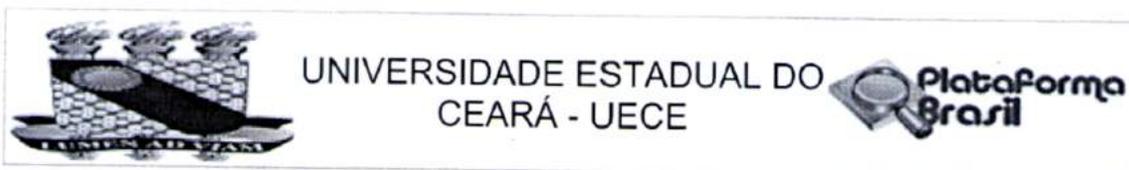
**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** [anavaleska@usp.br](mailto:anavaleska@usp.br)





Continuação do Parecer: 1.483.189

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_saude_mental.docx	08/03/2016 00:34:04	INGRID BEZERRA COSTA MAIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	08/03/2016 00:33:35	INGRID BEZERRA COSTA MAIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/03/2016 00:33:22	INGRID BEZERRA COSTA MAIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo009.jpg	08/03/2016 00:00:09	INGRID BEZERRA COSTA MAIA	Aceito
Folha de Rosto	folha010.pdf	07/03/2016 23:57:31	INGRID BEZERRA COSTA MAIA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 07 de Abril de 2016

Assinado por:

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho  
(Coordenador)

Comite de Ética  
Parecer Aprovado  
Data: 29/04/16