



ADRIANA ROTOLI

**DESAFIOS DA INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

**RIO GRANDE
2018**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DESAFIOS DA INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

ADRIANA ROTOLI

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva

RIO GRANDE

2018

R848d Rotoli, Adriana.

Desafios da inserção da saúde mental na atenção básica na percepção dos profissionais / Adriana Rotoli. – 2018.

112 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a Mara Regina Santos da Silva.

1. Enfermagem. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Básica. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Práticas Profissionais. I. Silva, Mara Regina Santos da. II. Título.


CDU 616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecário Clériston Ribeiro Ramos CRB10/1889

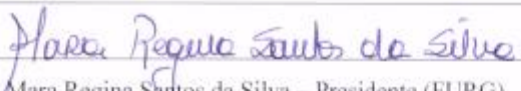

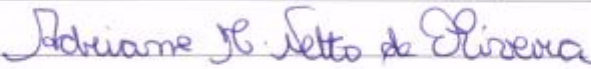

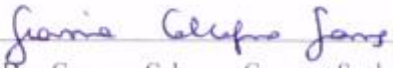
ADRIANA ROTOLI

DESAFIOS DA INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Esta dissertação/tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do **Título Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 24 de Setembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.


Giovana Calcagno Gomes

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
<p> Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva – Presidente (FURG)</p>
<p> Profa. Dra. Eliane Cadoná – Membro Externo (URI)</p>
<p> Profa. Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira – Membro Interno (FURG)</p>
<p> Prof. Dr. Alessandro Marques dos Santos – Suplente Externo (UCPel)</p>
<p>_____ Profa. Dra. Gabriele Schek – Suplente Externo (FEMA)</p>
<p> Profa. Dra. Geovana Calcagno Gomes – Suplente Interno (FURG)</p>

Ofereço esta tese ao meu filho Arthur. É para ele a minha dedicação.

AGRADECIMENTOS

Expresso meus agradecimentos:

- A Deus, que acredito ter me conduzido a alcançar vários objetivos em minha vida, entre eles, o Doutorado em Enfermagem.

- Ao meu amado filho, Arthur, pela paciência, pois, mesmo sendo tão pequeno, entendeu minhas ausências.

- A minha mãe, Olga, agradeço pelas orações, amor e carinho dedicados a mim, durante toda a minha vida, e pelo exemplo de perseverança e coragem para lutar pelos ideais.

- Ao meu esposo, Ricardo, que sempre me apoiou, e soube cuidar do Arthur, com amor e carinho, quando eu estava longe. Nas horas de desânimo, não me faltaram suas palavras de incentivo e ternura, fazendo parte desse capítulo da minha vida; expresso aqui meu carinho, minha admiração e minhas desculpas pelos momentos de ausência.

- A minha sogra, Maria Soely, que cuidou do Arthur nas minhas ausências, dando-me tranquilidade para estudar.

- Aos meus familiares, que sempre me incentivaram para chegar até aqui. Aos meus irmãos, pelo incentivo, amor e afeto.

- À orientadora do estudo, Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva, pelos ensinamentos e sugestões, pelo acolhimento, apoio, amizade e atenção.

- À banca examinadora, Profa. Dra. Eliane Cadoná, colega de instituição, por ter aceitado, com carinho, ser banca desta tese; Profa. Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira, por suas contribuições para este trabalho; Prof. Dr. Alessandro Marques dos Santos, cujas recomendações foram essenciais para a construção deste estudo; Profa. Dra. Gabriele Schek, pela acolhida no apartamento em Rio Grande e agora pelas sugestões dadas à pesquisa; Profa. Dra. Geovana Calcagno Gomes, pelo atendimento na universidade e contribuições na tese.

- Às colegas e amigas de viagem e ao G7 pelo convívio e amizade. Foi bom contar com vocês, que estiveram comigo nas horas boas e nas tristes. As viagens tornaram-se mais alegres, a sua companhia foi muito importante.

- Ao Jeferson, colega e companheiro de apartamento, sempre ajudando com carinho.

- Às colegas de trabalho Marinês, Jerusa, Jaqueline, Jéssica, Márcia, Caroline, Laura e Aline, cuja companhia tornou mais fácil chegar aqui.

- Às pessoas que aceitaram ser os participantes de minha pesquisa.

RESUMO

ROTOLI, Adriana. **Desafios da inserção da saúde mental na atenção básica na percepção dos profissionais**. 2018. 112fs. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil propõe a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental. Com ações realizadas pelas equipes multiprofissionais na Atenção Básica (AB), através da Estratégia de Saúde da Família, é possível fortalecer os serviços de saúde, podendo-se visualizar trabalhos condizentes com as diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, na construção da rede de serviços de saúde. O objetivo geral deste estudo é compreender os desafios da incorporação da Saúde Mental na Atenção Básica, a partir da percepção e das ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham na ESF. Os objetivos específicos são: 1) Identificar o conhecimento dos profissionais acerca das diretrizes da saúde mental na atenção básica; 2) Identificar as estratégias utilizadas em serviços da atenção básica para operacionalizar essas diretrizes; 3) Analisar, a partir dos discursos dos profissionais, a resolutividade das ações de saúde mental junto a Pessoas com Transtornos Mentais (PTMs) e suas famílias na AB. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido com 30 profissionais: 17 enfermeiras; quatro médicos(as); cinco psicólogos(as); quatro assistentes sociais, que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família dos municípios de Frederico Westphalen, Tenente Portela e Três Passos. Os dados foram coletados em entrevistas semiestruturadas, em abril de 2018. Para a organização, análise e interpretação dos dados, foram utilizados como referência teórica os conceitos de integralidade e resolutividade e os elementos operacionais de apoio matricial e projeto terapêutico singular. A técnica de análise foi a Análise Temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FURG, registrado no CAAE sob o número 82277118.0.00005324. Os resultados apontam que os desafios enfrentados pelos profissionais para agregar resolutividade nas ações de saúde mental no âmbito da AB estão relacionados à necessidade de os profissionais obterem base teórica para dar sustentação às especificidades em saúde mental, com conhecimentos específicos sobre suas atribuições. Também se identifica a exigência de melhoria na comunicação intersetorial e gestão participativa nos serviços de saúde. As PTMs rejeitam estar com o transtorno e abandonam o tratamento, sendo também um desafio para a resolutividade. Estes desafios enfrentados pelos profissionais podem ser superados com a construção de práticas compartilhadas, envolvendo os profissionais, as PTMs e suas famílias e, como estratégia, a Educação Permanente nos serviços de saúde. As famílias foram identificadas como aliadas dos profissionais no processo de reinserção social das PTMs, construindo vínculos com os serviços de saúde. No processo de cuidado, a família se vê entre a necessidade de cuidar e a rejeição com a PTM. Atuar com a família requer do profissional a compreensão dos conceitos e referências construídas sobre ela e direcionar as ações para as necessidades específicas de cada uma delas. Considera-se que os desafios da incorporação da saúde mental na AB consistem em agregar a resolutividade na atenção em saúde mental a partir das ações integrais dos profissionais com as PTMs e suas famílias, que podem ser instrumentalizadas pelo Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial.

Descritores: Saúde Mental. Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. Práticas Profissionais. Enfermagem.

ABSTRACT

ROTOLI, Adriana. **Challenges of the insertion of the mental health in the basic attention in the perception of the professionals.** 2018. 112fs. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The Psychiatric Reform in Brazil proposes the progressive replacement of beds in psychiatric hospitals by a Network of Integral Care in Mental Health. With actions carried out by multiprofessional teams in Primary Care (AB), through the Family Health Strategy, it is possible to strengthen health services, and can visualize work consistent with the guidelines recommended by the Psychiatric Reform, Basic Attention and Health Strategy of Family, in the construction of the health services network. The general objective of this study is to understand the challenges of incorporating Mental Health in Primary Care, based on the perception and actions developed by professionals working at the FHS. The specific objectives are: 1) To identify the professionals' knowledge about mental health guidelines in primary care; 2) Identify the strategies used in basic health services to operationalize these guidelines; 3) Analyze, from the professionals' discourses, the resolution of mental health actions with People with Mental Disorders (MTPs) and their families in AB. It is an exploratory, descriptive, qualitative study, developed with 30 professionals: 17 nurses; four doctors; five psychologists (as); four social workers working in the Family Health Strategies of the municipalities of Frederico Westphalen, Lieutenant Portela and Três Passos. Data were collected in semistructured interviews, in April, 2018. For the organization, analysis and interpretation of the data, the concepts of integrality and resolutivity and the operational elements of matrix support and unique therapeutic design were used as theoretical reference. The analysis technique was Thematic Analysis. The study was approved by the Ethics and Research Committee of FURG, registered in the CAAE under the number 82277118.0.00005324. The results point out that the challenges faced by professionals to add solace in mental health actions within AB are related to the need for professionals to obtain a theoretical basis to support the specificities in mental health with specific knowledge about their attributions. It also identifies the need for improvement in intersectoral communication and participatory management in health services. The PTMs reject being with the disorder and abandon the treatment, being also a challenge for the resolutiveness. These challenges faced by professionals can be overcome by building shared practices, involving professionals, MTPs and their families and, as a strategy, Permanent Education in health services. Families were identified as allies of professionals in the process of social reinsertion of MTPs, building links with health services. In the process of care, the family finds itself between the need to care for and rejection with MTP. Working with the family requires the professional to understand the concepts and references built on it and direct the actions to the specific needs of each one. It is considered that the challenges of the incorporation of mental health in AB are to aggregate the resolutivity in mental health care from the actions of professionals with MTPs and their families, which can be instrumented by the Unique Therapeutic Project and Matrix Support.

Keywords: Mental Health. Basic Attention. Family Health Strategy. Professional Practices. Nursing.

RESUMEN

ROTOLI, Adriana. **Desafíos de la inserción de la salud mental en la atención básica en la percepción de los profesionales.** 2018. 112h. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La Reforma Psiquiátrica en Brasil propone la sustitución progresiva de los lechos en los hospitales psiquiátricos por una Red de Atención Integral en Salud Mental. Con las acciones realizadas por los equipos multiprofesionales en la Atención Básica (AB), a través de la Estrategia de Salud de la Familia, es posible fortalecer los servicios de salud, pudiéndose visualizar trabajos que concuerdan con las directrices preconizadas por la Reforma Psiquiátrica, Atención Básica y Estrategia de Salud Familia, en la construcción de la red de servicios de salud. El objetivo general de este estudio es comprender los desafíos de la incorporación de la Salud Mental en la Atención Básica, a partir de la percepción y de las acciones desarrolladas por los profesionales que trabajan en la ESF. Los objetivos específicos son: 1) Identificar el conocimiento de los profesionales acerca de las directrices de la salud mental en la atención básica; 2) Identificar las estrategias utilizadas en servicios de atención básica para operacionalizar esas directrices; 3) Analizar, a partir de los discursos de los profesionales, la resolutivez de las acciones de salud mental junto a Personas con Trastornos Mentales (PTMs) y sus familias en la AB. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, de naturaleza cualitativa, desarrollado con 30 profesionales: 17 enfermeras; cuatro médicos (as); cinco psicólogos (as); cuatro asistentes sociales, que trabajan en las Estrategias de Salud de la Familia de los municipios de Frederico Westphalen, Teniente Portela y Tres Pasos. Los datos fueron recolectados en entrevistas semiestructuradas, en abril de 2018. Para la organización, análisis e interpretación de los datos, se utilizaron como referencia teórica los conceptos de integralidad y resolutivez y los elementos operativos de apoyo matricial y proyecto terapéutico singular. La técnica de análisis fue el Análisis Temático. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la FURG, registrado en el CAAE bajo el número 82277118.0.00005324. Los resultados apuntan que los desafíos enfrentados por los profesionales para agregar resolutivez en las acciones de salud mental en el ámbito de la AB están relacionados a la necesidad de que los profesionales obtengan base teórica para dar sustentación a las especificidades en salud mental, con conocimientos específicos sobre sus atribuciones. También se identifica la exigencia de mejora en la comunicación intersectorial y gestión participativa en los servicios de salud. Las PTM rechazan estar con el trastorno y abandonan el tratamiento, siendo también un desafío para la resolución. Estos desafíos enfrentados por los profesionales pueden ser superados con la construcción de prácticas compartidas, involucrando a los profesionales, las PTMs y sus familias y, como estrategia, la Educación Permanente en los servicios de salud. Las familias fueron identificadas como aliadas de los profesionales en el proceso de reinserción social de las PTM, construyendo vínculos con los servicios de salud. En el proceso de cuidado, la familia se ve entre la necesidad de cuidar y el rechazo con la PTM. Actuar con la familia requiere del profesional la comprensión de los conceptos y referencias construidas sobre ella y dirigir las acciones hacia las necesidades específicas de cada una de ellas. Se considera que los desafíos de la incorporación de la salud mental en la AB consisten en agregar la resolutivez en la atención en salud mental a partir de las acciones integrales de los profesionales con las PTM y sus familias, que pueden ser instrumentalizadas por el Proyecto Terapéutico Singular y Apoyo Matricial.

Descriptorios: Salud Mental. Atención Básica. Estrategia de Salud de la Familia. Prácticas Profesionales. Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Apoio Matricial
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CECOs	Centros de Convivência
ESF	Estratégia Saúde da Família
eESF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PTM	Pessoa com Transtorno Mental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
SM	Saúde Mental
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
WHO	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
Objetivo geral.....	18
Objetivos específicos.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Contexto histórico da saúde mental no Brasil.....	19
2.2 Serviços substitutivos: formas de potencializar a resolutividade.....	23
2.3 Estratégias para inserção da saúde mental na atenção básica.....	27
2.4 O enfermeiro e o trabalho com a equipe multiprofissional no contexto da saúde mental e atenção básica.....	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1 Princípios doutrinários e organizacionais.....	34
4 METODOLOGIA	40
4.1 Tipo de estudo	40
4.2 Locais de estudo	40
4.3 Participantes do estudo	41
4.4 Coleta de dados	43
4.5 Análise dos dados	44
4.6 Aspectos éticos do estudo	45
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
7 REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
APÊNDICE B - Autorização para realização do estudo encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do município de Tenente Portela.....	107
APÊNDICE C - Autorização para realização do estudo encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do município de Três Passos.....	108
APÊNDICE D - Autorização para realização do estudo encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do município de Frederico Westphalen.....	109
APÊNDICE E - Roteiro de entrevista.....	99
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) DA FURG...112	

1 INTRODUÇÃO

A trajetória da saúde mental no Brasil mostra inovações e conquistas ao longo da sua história. São projetos de serviços pautados em estratégias que procuram atender as normas e as diretrizes preconizadas pelas legislações, contudo, é necessário avançar na estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para sua efetivação, pois a mudança de paradigma instituída pela reforma psiquiátrica esbarra em contemplar a desinstitucionalização e a reinserção familiar e social das pessoas com transtornos mentais. Apesar de toda a proposição de gestão de serviços em saúde mental, as pessoas, nos serviços de atenção básica, ainda continuam sendo atendidas em um sistema de saúde voltado para o modelo biológico, pouco resolutivo, que compromete outras possibilidades de vida, de inserção na comunidade, de autonomia, de trabalho/emprego e exercício da cidadania (TRAD et al., 2016).

A superação do modelo biológico centrado na doença requer profissionais que construam, em equipes multiprofissionais, ações voltadas para as múltiplas esferas da vida das pessoas, que atendam as necessidades na integralidade da atenção. Kinoshita et al. (2016) sugerem que os profissionais de saúde atuem sobre aquilo que melhora a existência das pessoas com transtornos mentais, potencializando suas habilidades com vistas ao enfrentamento das dificuldades. Na possibilidade de superar o modelo de atenção vigente, todos os envolvidos no processo de trabalho em saúde mental podem conhecer as suas atribuições e reconhecer a necessidade de ações no território de vida das pessoas, em consonância com a legislação do país.

Angelini e Caccia-Bava (2015) realizaram uma pesquisa com uma equipe de saúde da família no interior paulista, a qual apontou que os profissionais demonstraram dificuldades para mudar o foco da doença para a pessoa. As autoras constataram, também, que quando acontecem ações voltadas às pessoas com transtornos mentais, isto se dá de forma isolada ou desarticulada. Estes profissionais reconhecem que precisam trabalhar na perspectiva da saúde mental, no entanto, relatam medo e impotência para explorar outras formas de cuidado. O entendimento dos profissionais das equipes de saúde da família, quanto às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Atenção Básica pode ser insuficiente para transformar a realidade do serviço ofertado, quando não conseguem avançar na superação do modelo biológico centrado na doença para o contexto de vida da pessoa com transtorno mental.

Pinto et al. (2012) analisaram a articulação das ações de saúde mental entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como ferramenta o apoio matricial com ênfase nos conceitos de integralidade do cuidado e resolutividade assistencial em dois municípios do estado do Ceará. O estudo mostrou que a integração entre a ESF e o CAPS possibilita inovações das abordagens psicossociais, com responsabilização da pessoa com transtorno mental, família e comunidade, juntamente com as equipes de saúde. Nesse sentido, quando os envolvidos assumem a responsabilidade pela melhoria das condições de vida e saúde no contexto individual ou na coletividade, os resultados são alcançados de forma resolutiva.

Em revisão de literatura que procurou entender a inserção da saúde mental na ESF, Gryscek e Pinto (2015) evidenciaram que o encaminhamento e a medicalização são práticas comuns dos profissionais. Identificaram, também, que os profissionais reconhecem que possuem condições de ofertar ações integrais em saúde mental, tais como apoio matricial, que permite uma nova abordagem na atenção básica, fortalecendo a ESF. Além disso, os profissionais entendem a relevância do trabalho conjunto, que envolva a equipe de saúde com a comunidade, os gestores, a pessoa com transtorno mental e sua família.

No Ceará, Costa et al. (2014) desenvolveram um estudo com profissionais que atuam em ESF e em Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sobre a resolutividade do cuidado na atenção básica e demais níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual mostrou que esta, nos serviços de saúde, está relacionada ao trabalho em equipe multiprofissional e com a necessidade de solucionar os problemas individuais e coletivos. Para os profissionais, o trabalho multiprofissional possibilita a conexão de saberes, entrosamento entre membros da equipe, que valoriza sua participação no cuidado, tornando o trabalho mais resolutivo.

No sentido de potencializar a resolutividade, o apoio matricial tem se mostrado como uma prática inovadora em saúde mental, contemplando a integralidade do cuidado (CAMPOS, 2016). Destaca-se que para alcançar maior resolutividade, o apoio matricial não se desenvolve de forma isolada, é importante implementar políticas sociais em direção ao atendimento das necessidades de saúde do usuário, com uma estrutura de serviços que contemple a integralidade da atenção em saúde. Mesmo com práticas inovadoras e estratégias capazes de potencializar a resolutividade em saúde mental, o que de fato se visualiza são serviços que denotam fragilidades estruturais básicas, em especial no que tange à educação permanente para atuar em saúde mental.

A pesquisa realizada por Moliner e Lopes (2013) com profissionais de uma ESF em um município de Santa Catarina demonstrou que os profissionais encontram dificuldades para articular a saúde mental na atenção básica, compreendendo-a como doença ou transtorno mental, uma vez que as pessoas continuam sendo atendidas com foco na doença e na medicalização, quando poderiam receber visitas domiciliares, participar de grupos de saúde mental e do desenvolvimento do projeto terapêutico singular, entre outras ações de relevância para a saúde mental, conforme seus contextos de vida e dos serviços de saúde.

As ações em saúde mental requerem um novo olhar profissional para a saúde, a partir de um conceito ampliado, visando, em especial, à resolutividade na integralidade da atenção. Os profissionais precisam construir suas práticas segundo as necessidades e subjetividades das pessoas que estão em seu território de atenção. Todavia, conceber a noção de território nas práticas cotidianas tem sido um grande desafio para a elaboração de novas formas de cuidar em saúde mental, que busquem a promoção da saúde, a produção de qualidade de vida e a inserção familiar e comunitária (FERREIRA et al., 2017).

Vários aspectos podem estar relacionados à modalidade de atendimento hoje dispensado às pessoas com transtornos mentais na atenção básica, desde o entendimento dos profissionais sobre saúde mental até a disponibilidade de recursos materiais e humanos, conforme a realidade do serviço de saúde local. Tem-se, portanto, no cotidiano dos serviços de saúde, uma realidade em que muitas pessoas, mesmo cadastradas em uma unidade adstrita das ESFs, não têm seus problemas de ordem mental detectados na atenção primária, sendo priorizados os encaminhamentos aos serviços especializados nos níveis de atenção secundária e terciária. Em consequência disso, extingue-se a possibilidade de a pessoa com transtorno mental e sua família serem atendidos de forma resolutiva no seu território de atenção (CAMPOS, 2016).

O trabalho realizado pela equipe é essencialmente curativo, centrado na doença e arraigado no tratamento psiquiátrico com forte medicalização, como mostrou um estudo com profissionais de ESF no interior paulista (SANTANA; PEREIRA, 2013). Além disso, os profissionais revelaram sentimentos ligados à impotência, angústia e despreparo frente à execução de cuidados em saúde mental. Estes resultados sugerem uma situação de enfraquecimento da autonomia dos membros da equipe, dificultando a auto-organização da assistência no contexto da ESF.

Os estudos realizados comprovam que ainda é longa a distância entre a proposta de reestruturação dos serviços de saúde mental e a realidade vivida pelos profissionais, pessoas com transtorno mental e as famílias (CAVALCANTI et al., 2014; LEAL e ANTONI, 2013;

SANTANA e PEREIRA, 2013; CASTRO et al., 2013). Como se vê, há uma multiplicidade de fatores que podem ser considerados como determinantes para o distanciamento entre as ações desenvolvidas, o que está proposto na legislação e o que de fato está sendo realizado nos serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Segundo a Organização Mundial de Médicos de Família (WHO; WONCA, 2008), as principais perturbações mentais prevalentes nas configurações de cuidados primários são a depressão, com índices entre 5% e 20%; a perturbação da ansiedade generalizada, que atinge de 4% a 15%; o abuso e dependência do álcool, de 5% a 15%; e, por fim, as perturbações de somatização, alcançando de 0,5% a 11%. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) aponta que 3% da população, em geral, sofrem de transtornos mentais graves, e que cerca de 12% necessitam de atendimento eventual. Estimativas indicam que em regiões metropolitanas brasileiras o sofrimento mental está entre 12,2% e 48,6%. Esses dados mostram a relevância de realizar ações de cuidados integrais, com detecção precoce dos casos e intervenção terapêutica em serviços estruturados e qualificados para atender a pessoa com transtorno mental, a família e a comunidade (BRASIL, 2011c).

Conforme o Ministério da Saúde (MS) os transtornos mentais com maior prevalência na atenção básica são classificados em comuns e graves; abuso de álcool e outras drogas. Os comuns são: tristeza, sensação de depressão, perturbações depressivas, irritabilidade, ansiedade/tensão, fobias e perturbação compulsiva, neurastenia, somatização, reação aguda ao estresse e estresse pós-traumático. Os transtornos graves são: esquizofrenia e psicoses. O abuso de álcool se divide em crônico e agudo, e, por fim, o uso de drogas (BRASIL, 2013a).

É importante destacar que o país conta com políticas públicas que visam à superação do modelo de saúde mental centrado na doença para a reinserção social e familiar. O Rio Grande do Sul (RS), a partir da implantação da Lei nº 9.716, em 1992, tornou-se pioneiro, propondo a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental. Mais tarde, em 2001, a luta pelos direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais é reconhecida nacionalmente pela Lei nº 10.216, definindo novos rumos para a assistência em saúde mental, em todo o território brasileiro com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005a).

Em vigência até os dias de hoje, a política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da área da saúde, com o objetivo de reinserção social das pessoas com transtorno mental, com vistas à melhoria das condições de vida e saúde dessas pessoas. O movimento em prol da reforma psiquiátrica reconheceu as experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental,

baseado no hospital psiquiátrico, por serviços comunitários com forte inserção territorial. Esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto, coletivamente produzido, de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado, originando a reforma psiquiátrica (BRASIL, 2013c).

A Reforma Psiquiátrica promoveu a implantação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, implantados no território de vida das pessoas com transtorno mental. Os serviços substitutivos estão contemplados na Política Nacional de Atenção Básica e prevê a ESF como a estratégia prática para a reorganização da atenção básica, inclusive de atenção em saúde mental, tem como diretriz o atendimento da pessoa no local em que ela vive com sua família e comunidade, compreendendo seu cotidiano (BRASIL, 2013c).

Os serviços substitutivos sugeridos pela Reforma Psiquiátrica propõem relevantes avanços para o cuidado em saúde mental, superando o entendimento tanto dos profissionais, quanto dos familiares e da comunidade de que a única forma de cuidar da pessoa com transtorno mental era no manicômio (TRAD et al., 2016). São serviços que necessitam estar organizados conforme a realidade e a necessidade de cada local, seguindo as políticas públicas que estabelecem diretrizes de implantação e andamento. Os serviços substitutivos preconizam organização em rede, com propostas de ações alinhadas com as Unidades Básicas de Saúde, RAPS, ESF, CAPS, entre outros serviços que envolvam o processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental e promovam a reinserção social.

A atenção básica tem a ESF como uma grande aliada da saúde mental, com capacidade para diagnosticar as alterações precoces de comportamento e os demais sinais que indicam que o indivíduo sofre de transtorno mental. Na medida em que os profissionais estão em contato direto com o usuário/familiar, eles podem criar estratégias de atuação que sejam capazes de estimular a adesão ao tratamento proposto com vistas à reinserção do indivíduo nas esferas sociais (BRASIL, 2013c).

É relevante destacar que as ações das ESFs podem facilitar a criação e a manutenção do vínculo com seus usuários, com ações de promoção de saúde mental. Isso favorece o desenvolvimento de estratégias em conjunto com a família e a comunidade, atuando com corresponsabilização entre as equipes de saúde, pessoa com transtorno mental e famílias. O tratamento deve resgatar a autonomia da pessoa, através de ações voltadas para suas necessidades, em condições que lhes permitam gerenciar suas vidas e aumentar suas possibilidades de fazer escolhas (ARCE; SOUSA, 2010).

No sentido de promover ações com as pessoas com transtorno mental e suas famílias, as ESFs têm o propósito de desenvolver seus saberes com atenção qualificada a este público.

Assim, os profissionais que atuam neste contexto podem elaborar formas para realizar e qualificar suas intervenções em saúde mental, de modo a abranger um amplo domínio e ter uma visão integral quanto à atenção para com as pessoas com transtorno mental, com ações de promoção de saúde e prevenção de agravos em todos os espaços do seu contexto de atuação.

As práticas do enfermeiro em saúde mental na ESF, conforme identificaram Merces et al. (2015) em sua pesquisa, são realizadas basicamente no acolhimento, dispensação de medicamentos, renovação de receitas e encaminhamentos para serviços especializados em saúde mental. As autoras salientaram que existe a necessidade de investimentos em educação permanente para estes profissionais, com capacitações que contribuam para a superação do atendimento que prioriza a demanda espontânea e se voltem à atenção planejada na perspectiva das ações de saúde mental na atenção básica.

Também o estudo de Santana e Pereira (2013), realizado no interior paulista, com enfermeiros das ESFs, revelou que estes possuem sentimentos de impotência e angústia, relacionados ao despreparo para executar ações de cuidado em saúde mental, e que tais aspectos são barreiras para a efetivação do vínculo, da coparticipação e do comprometimento. Os resultados sugerem a necessidade de educação permanente no sentido de potencializar o conhecimento acerca da saúde mental, promover a autonomia dos membros da equipe e organizar a atenção no contexto da ESF.

Fica claro, então, por um lado, que existe um arcabouço legal concretizado nas políticas públicas que regulam a saúde mental no país, o qual preconiza a implantação de serviços substitutivos aos modelos hospitalares; e, por outro, que ainda é longa a distância entre a proposta de reestruturação dos serviços em saúde mental e as ações desenvolvidas neste cenário, o primeiro passo para modificar essa situação é desvendar os fatores que sustentam esse distanciamento.

Com base nas literaturas supracitadas, pode-se inferir que inúmeros fatores estão envolvidos. Dentre esses, as concepções arraigadas sobre a doença mental, as quais “normatizam” a maneira como a sociedade se relaciona com essas pessoas e suas famílias. Por extensão, estas concepções moldam as interações entre os profissionais e as famílias e orientam a organização dos serviços de saúde. São, portanto, importantes desafios que precisam ser superados para que, de fato, a assistência em saúde mental possa assumir seu lugar na atenção básica.

Minha prática como docente do curso de graduação em Enfermagem, na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, tem me possibilitado conhecer a realidade

dos serviços de saúde da região do Médio Alto Uruguai, nos quais também se observa que os avanços ocorridos em termos de estrutura legal não têm sido suficientes para melhorar a assistência às pessoas com transtornos mentais. Neste contexto, observa-se, então, que a formação dos futuros profissionais acontece de forma desarticulada, ou seja, apesar da existência do arcabouço legal, em vigência há vários anos, conforme referido anteriormente, as pessoas continuam sendo atendidas em um modelo centrado na doença, que prioriza o encaminhamento para os serviços psiquiátricos especializados, com poucas ações no território de atenção.

Além dos desafios aqui elencados, que precisam ser superados, com certeza, existem muitos outros, uns com maior visibilidade, outros ainda velados. É deste quadro até aqui exposto que emerge o questionamento que direciona o desenvolvimento deste estudo:

• ***Quais os desafios enfrentados pelas equipes de ESF no processo de incorporação da saúde mental na atenção básica?***

A partir desse objetivou-se compreender os desafios do processo de incorporação da saúde mental na Atenção Básica, a partir da percepção e das ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham na ESF.

Para isso pretendeu-se:

1. Identificar o conhecimento dos profissionais acerca das diretrizes da saúde mental na atenção básica.
2. Identificar as estratégias utilizadas em serviços da atenção básica para operacionalizar as suas diretrizes.
3. Analisar, a partir dos discursos dos profissionais, a resolutividade das ações de saúde mental desenvolvidas com as pessoas com transtornos mentais e suas famílias na atenção básica.

As respostas a este questionamento servirão de base para defender a seguinte tese:

• ***A compreensão acerca dos desafios enfrentados pelas equipes de ESF no processo de inserção da saúde mental na Atenção Básica qualifica a assistência prestada, potencializando a resolutividade e a integralidade das ações às pessoas com transtornos mentais e suas famílias.***

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Contexto histórico da saúde mental no Brasil

O processo social conhecido como reforma psiquiátrica iniciou, no Brasil, com o Movimento Sanitário, nos anos 70, o qual reivindicava um conjunto de transformações das práticas, saberes, valores culturais e sociais que regulavam o cotidiano das instituições de saúde e as relações com a sociedade. Este processo exerceu influência direta na assistência em saúde oferecida e contribuiu para a construção de um novo lugar social para a pessoa com transtorno mental.

Esta reforma surgiu em um contexto muito peculiar e importante da história política do país. Após vinte anos de ditadura militar, iniciava-se um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários por um SUS universal, gratuito, igualitário e de qualidade (BRASIL, 2005a).

No percurso histórico da saúde mental brasileira, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano 1987, momento em que tem início a desconstrução do lugar da loucura no cotidiano das instituições e da sociedade, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”. (BRASIL, 2005). Momento este em que surgiram novos dispositivos e tecnologias de cuidado, com revisão clínica nas bases da Psiquiatria, o que possibilitou novos olhares à pessoa com transtornos mentais (CARDOSO et al., 2014).

A Constituição Federal, de 1988, formaliza o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, em seu Artigo 198, contempla as diretrizes do SUS, quais sejam: a integralidade, a universalidade, a equidade e o controle social. Também estabelece os princípios organizativos da regionalização, hierarquização, resolutividade e descentralização (BRASIL, 1990).

Em 1992, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, reunindo os trabalhadores da área da saúde. Movimentos organizados dos usuários, conselhos da área da saúde e o Estado produziram um importante relatório, no qual

[...] o processo saúde/doença mental deveria ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, em que qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, vinculando o conceito de saúde ao exercício da cidadania e respeitando as diferenças e as diversidades (BRASIL, 2005b, n.p.).

Nesse contexto histórico de projeções de mudança de modelo assistencial, o Brasil implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1994. O Programa de Saúde da Família sofre alteração na nomenclatura em outubro de 2011, passando a denominar-se de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF tem, em sua essência, estratégias conceituais e elementos técnicos que visam à reorganização da atenção básica no país de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2012).

Na perspectiva de superar o modelo manicomial é instituída a Lei Federal Nº 10.216/2001, reconhecida nacionalmente, garantindo os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais e definindo novos rumos para a assistência em saúde mental, em todo o território brasileiro. Aconteceram tensões e conflitos com movimento de trabalhadores envolvendo atores e instituições de diferentes origens. Os movimentos sociais e comunidades tinham por objetivo lutar para protagonizar e construir uma crítica coletiva ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico como assistência única às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005a).

Em dezembro de 2001 realizou-se a III Conferência de Saúde Mental, em Brasília, tendo como título, proposto pela Organização Mundial de Saúde, "Cuidar sim, excluir não". Baseada na lei aprovada, esta Conferência procurou direcionar suas discussões nos eixos temáticos: reorientação do modelo assistencial; recursos humanos e financiamento; controle social; acessibilidade, direitos e cidadania. Reafirmou a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, com a responsabilidade das três esferas de governo. No que diz respeito às políticas de saúde mental, preconizou que estas deveriam seguir na mesma direção dos princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade, participação e controle social), priorizando a construção da rede de atenção integral.

Em 24 de janeiro de 2008, pela portaria nº 154, é instituído o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com responsabilização compartilhada entre as equipes de saúde da família. O NASF tem elementos para contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação das ações, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais destes núcleos: discussão de casos; atendimento (conjunto ou não); interconsulta; construção de projetos terapêuticos; educação permanente; intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade; ações intersetoriais; ações de prevenção e promoção da saúde; encaminhamentos para internações em leitos de hospitais gerais; discussão do processo de trabalho das equipes entre outros (BRASIL, 2013).

O núcleo de apoio à saúde da família configura-se importante dispositivo de atenção em saúde mental, mostrando que ações multiprofissionais possibilitam a integração, ampliação e ordenação das ações da atenção básica juntamente com as equipes de saúde. Para a política nacional de atenção básica, a ESF se constitui uma prática para a reorganização da atenção à saúde no país, orientando as ações entre as equipes de Saúde da Família e o núcleo de apoio à saúde da família (BRASIL, 2012).

No ano de 2010 realizou-se a IV Conferência de Saúde Mental, com o tema “Saúde Mental – direito e compromisso de todos. Consolidar avanços e enfrentar desafios”. Em seu relatório final, observa que a Política Nacional de Saúde Mental deve estar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, possibilitando implantar, ampliar, consolidar e fortalecer a rede de serviços substitutivos em saúde mental em todas as esferas de governo. Fica também garantido o acesso e acolhimento em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 2.488, de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que tem como fundamentos e diretrizes o território adscrito, devendo: possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde; ser a porta de entrada – aberta e preferencial – da rede de atenção; acolher a todos os usuários sem diferenciações excludentes; cadastrar os usuários e desenvolver o vínculo e corresponsabilização entre equipe e usuário; desenvolver ações setoriais e intersetoriais; estimular os usuários e coletividades a desenvolverem a participação popular, com vistas à autonomia dos mesmos e ao controle social, bem como gerir o cuidado integral (BRASIL, 2012b).

Ainda em 2011, amplia-se fortemente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria n. 3.088 de 23 dezembro de 2011 e republicada em 21 de maio de 2013, a qual institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Com o propósito de aumentar a efetividade das ações em saúde mental, a política nacional de saúde mental apresenta as diretrizes para o seu funcionamento: respeito aos direitos humanos, autonomia e liberdade das pessoas; equidade; combate a estigmas e preconceitos; acesso e qualidade dos serviços; cuidado integral; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. Prioriza, também, a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2013a).

As novas propostas estruturadas, tais como a política nacional de atenção básica, que prevê a atenção no território de vida das pessoas, da rede de atenção psicossocial que institui a rede de atenção psicossocial e a ESF como estratégia de trabalho multidisciplinar, possibilitam estabelecer vínculos com as famílias e comunidade. A articulação das propostas descritas potencializa o diagnóstico das alterações precoces de comportamento e os demais sinais que indicam que a pessoa sofre de transtorno mental. Na medida em que os profissionais estão em contato direto com o usuário/familiar eles podem criar novas estratégias de atuação que sejam capazes de estimular a adesão ao tratamento proposto com vistas à reinserção do indivíduo nas esferas sociais (BRASIL, 2013a).

Desse modo, a ESF torna-se viabilizadora dos dispostos na política nacional de atenção básica, sendo a principal estratégia para a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica à saúde no país. A ESF é composta pela equipe de saúde da família, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, a qual deve conter, em seu quadro profissional básico: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, tornando-se uma equipe ampliada que deve utilizar de diferentes estratégias para o manejo das necessidades de saúde com maior frequência e relevância em seu território, observando o risco, a vulnerabilidade, a resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidades de saúde ou sofrimento devem ser atendidos (BRASIL, 2012b).

Na possibilidade de auxiliar as equipes de saúde das ESFs, a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 orienta as ações entre as equipes de saúde da família e o núcleo de apoio à saúde da família. Essa integração visa a resolutividade das ações por meio da ampliação dos serviços de saúde na atenção básica, como forma de ordenar o cuidado. Conforme a Portaria supracitada, faz parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família: o acolhimento com escuta qualificada; a classificação dos riscos; a avaliação das necessidades de saúde e a análise da vulnerabilidade do sujeito, individual ou coletivo, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Aos profissionais do núcleo cabe acolher as necessidades das equipes da ESF e apoiar o desenvolvimento de saberes, capacitando os profissionais destas equipes a compreender a complexidade sob a perspectiva dos profissionais do núcleo de apoio à saúde da família. A responsabilização compartilhada

entre a equipe do núcleo de apoio à saúde da família e as equipes de saúde da família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, oferecendo uma visão ampliada da clínica e do cuidado, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2011d e BRASIL, 2013c).

2.2 Serviços substitutivos: formas de potencializar a resolutividade

Durante muito tempo, as pessoas com transtorno mental foram tratadas com exclusão social e familiar. As denúncias de maus tratos e reivindicações sociais suscitando mudanças nas práticas da assistência às pessoas serviram para impulsionar um movimento que culminou com a reforma do modelo psiquiátrico brasileiro. O conhecimento da medicina começou a ser criticado, como limitado unicamente a um modelo terapêutico curativo. Desejava-se que a atenção à saúde se reportasse à sociedade, com maior atenção para a promoção da saúde. A vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre, igualitária, solidária e produtiva, e a descoberta da psicanálise e da subjetividade foram elementos propulsores desse novo olhar sobre a pessoa com transtorno mental e a psiquiatria que se praticava nos hospícios (MACIEL, 2012).

Partindo para um modelo de atenção, que estava centrado no manicômio, para um de base territorial, ainda em construção, é função do sistema de saúde, em todas as esferas de governo, e de todas as instâncias da sociedade, promover a real concretização da política antimanicomial, centrada em serviços substitutivos e pautada nos princípios do SUS e na valorização da vida. Neste percurso, houve avanço político e de gestão sobre a saúde mental com implantação da Política de Saúde Mental; Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Humanização (PNH); Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB). Isso mostra que o país ainda procura superar o modelo de atenção centrado na doença, uma vez que, mesmo respaldado por um conjunto de Leis, Portarias ministeriais, estratégias, dispositivos, entre outras tentativas de mudanças significativas, ainda não conseguiu produzir, efetivamente, modificações de impacto na área de saúde mental (BRASIL, 2013c).

Os serviços substitutivos ao modelo manicomial estão organizados tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs) cumprem, também, importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. A

saúde e a atenção básica, juntamente com os serviços substitutivos, convergem a um objeto comum, que é a superação do modelo centrado na doença para formas não reducionistas nas práticas de saúde (BRASIL, 2013a).

Os objetivos das ações em saúde mental devem convergir para superação do modelo centrado na doença, promovendo, sobretudo, a reinserção social da pessoa com transtorno mental. Neste sentido, o Centro de Atenção Psicossocial é um serviço substitutivo que tem profundo valor no processo terapêutico, por meio do trabalho diário dispensado às pessoas com transtorno mental e suas famílias, de acordo com a realidade de seus contextos de vida. Este serviço substitutivo tem se revelado como uma das estratégias que consegue mapear e desenvolver algumas ações voltadas ao atendimento dessas pessoas. No entanto, vale ressaltar que não há possibilidades de implantação desta modalidade de serviço em municípios de pequeno porte, que devem ser atendidos, no seu território, pela atenção básica. Nos municípios que compreenderam número de habitantes condizente com a legislação foi possível implantar um centro de atenção psicossocial. Os que não conseguiram se habilitar, em virtude de seu pequeno porte, se organizaram, em sua maioria, com grupos de saúde mental, realizando visitas domiciliares, em especial, com o agente comunitário de saúde (BRASIL, 2013a).

Os serviços alternativos, como o Centro de Atenção Psicossocial, têm valor estratégico na promoção da saúde mental, pois ofertam serviços diários, evidenciando a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país, oportunizando, assim, a expansão e qualificação da rede de atenção à saúde mental. As diretrizes do centro de atenção psicossocial permitem atender os principais objetivos do Ministério da Saúde, a fim tanto de fortalecer a rede de atenção, evitando as internações em hospitais psiquiátricos, como de promover a reinserção social da pessoa com transtorno mental e organizar a rede, em especial, na atenção básica, considerados estratégicos na organização das ações em saúde mental num determinado território (BRASIL, 2013a).

Um estudo realizado com Enfermeiros da ESF na Região Sudeste do Brasil apontou que as ações de saúde efetuadas pelos profissionais das equipes de saúde mental são fragmentadas, ora assumem o modelo da tutela e do manicômio, ora se aproximam do modelo reabilitador. Os profissionais descrevem uma fragilidade no desenvolvimento do trabalho, por não identificar o seu real papel no serviço de saúde. São estimulados a assumir a postura reabilitadora nas suas ações, no entanto, preconizam a internação hospitalar. Relataram, ainda, dificuldades no trabalho em equipe e nas ações restritas a cada profissional (CAVALCANTI et al., 2014).

Outra pesquisa, feita na região metropolitana de Porto Alegre, com equipes de saúde mental em 21 centros de apoio psicossocial, evidenciou que os serviços estão organizados com estrutura física e de recursos humanos adequados para o atendimento proposto. Todavia, o trabalho interdisciplinar e intersetorial ainda se mostra incipiente nas ações voltadas à reinserção social e familiar e superação ao modelo manicomial (LEAL; ANTONI, 2013).

Já em uma investigação ocorrida em Santa Catarina, um dos problemas considerados mais preocupantes foi a estigmatização do usuário do centro de apoio psicossocial nos serviços de atenção básica. Como indicaram os participantes da pesquisa, essas dificuldades estão em fase de superação, devido às capacitações com as equipes dos serviços envolvidos (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Visualiza-se, no estudo citado, que os trabalhadores não conseguem construir ações sistematizadas na dinâmica do trabalho diário, de acordo com as necessidades específicas do centro de atenção psicossocial. Este torna-se um serviço insuficiente, ainda que, legalmente, esteja constituído como um dos principais serviços substitutivos propostos na reforma psiquiátrica. Fica nítida a fragilidade no direcionamento das especialidades profissionais, o que compromete a interdisciplinaridade do trabalho em equipe, como também a rede de serviços substitutivos em saúde mental.

O hospital geral sempre representou para a população características de melhorar a saúde. Nas últimas décadas tem disponibilizado leitos para atender a pessoa com transtorno mental, conforme o modelo psicossocial vigente no país. O aumento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais no Brasil tem trazido à tona dificuldades importantes na oferta deste serviço devido à falta de qualificação dos profissionais e à hegemonia do modelo biomédico hospitalar. O trabalho multiprofissional não apresenta efetividade nas ações, com a manutenção do estigma contra a pessoa com transtorno mental, como também a falta de estrutura física adequada para atender esta população (PAES et al., 2013).

As unidades psiquiátricas de hospitais gerais e os leitos por elas oferecidos carecem de um olhar crítico para aspectos destacados pelos autores e a realidade nos serviços desta modalidade. A implantação deste serviço deve-se a um modelo de atenção em saúde mental em que os profissionais ainda não se encontram preparados para atender a demanda no que tange à estrutura física e de profissionais capacitados para a especialidade, pois ocorre o dimensionamento dos profissionais do quadro da instituição, conforme a disponibilidade em atuar em saúde mental e não por especialidade afim. Destaca-se, também, que as estruturas físicas destes serviços não atendem o modelo que promove autonomia e reinserção social, são locais que revelam o estigma e a falta de esperança dos que trabalham e das pessoas que estão

internadas, que não visualizam a possibilidade de prevenir agravos ou promover a saúde mental.

No sentido de estar mais próximo à pessoa com transtorno mental, que necessita de acompanhamento constante, são disponibilizados os serviços substitutivos das Comunidades Terapêuticas, isto é, instituições que acolhem pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. Tais Comunidades estão respaldadas por diretrizes próprias que são pautadas na abstinência, na adesão exclusivamente voluntária, sendo voltadas às pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente que reproduz a residência, para auxiliar na recuperação da dependência à droga (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, as ações intitulam-se reabilitadoras, a reinserção social e familiar não é complementar ao tratamento, ela faz parte dele. Assim, em um cenário de novas possibilidades de tratamento e reinserção social é relevante desenvolver ações em saúde mental, na perspectiva de acolher as pessoas que buscam por seu tratamento (HIRDES, 2009).

Conhecer e estruturar serviços substitutivos possibilita a desconstrução de um pensamento que aceita como natural o atendimento de forma manicomial, carcerária, priorizando o isolamento. Esta modalidade de trabalho tem como objetivo uma nova ética, que prioriza o respeito às diferenças e a preservação da identidade e da cidadania. Visa, também, a participação ativa da comunidade, dos familiares e dos profissionais no tratamento da pessoa com transtorno mental. Propõe um significativo avanço em saúde mental, pois pressupõe que o indivíduo tem condições de conviver no seu meio social, apesar da patologia, se for acolhido por meios eficazes de tratamento, que excluem o isolamento em manicômios (MACIEL, 2012).

Os serviços substitutivos propõem a integração da família e dos profissionais, objetivando a reabilitação da pessoa com transtorno mental e repudiando tratamentos preconceituosos e estereotipados. Destacam-se, ainda, por oferecer suporte à pessoa, não apenas no tratamento farmacológico, disponibilizando tratamento psicoterápico, oportunizando ao usuário expressar sua subjetividade e encontrar apoio profissional na superação de suas dificuldades (AMARANTE et al., 2011).

Muitas mudanças têm ocorrido, no Brasil, no campo da saúde mental nas últimas décadas, em decorrência de serviços substitutivos ao modelo manicomial, mas observa-se que ainda precisam avançar em muitos aspectos para alcançar a resolutividade. Autores citam, em seus estudos, o pouco preparo dos profissionais que atuam nos diversos contextos de serviços de saúde mental, com dificuldades para atender tal complexidade de atenção. Salientam, igualmente, que a concretização do trabalho em equipe em saúde mental continua sendo um

desafio cotidiano, que pode ser superado com ações pontuais advindas dos profissionais e gestores dos serviços de saúde (MACIEL, 2012; PAES et al., 2013; LEAL e ANTONI, 2013).

2.3 Estratégias para inserção da saúde mental na atenção básica

Os princípios do movimento iniciado na década de 1970 tornam-se uma política de Estado com a aprovação de leis estaduais alinhadas com os princípios e diretrizes do SUS ao longo da década de 1990. Este processo reflete o progresso de mobilização social não só no campo da saúde, como também no conjunto da sociedade (BRASIL, 2005c).

O Brasil, assim como outros países, tem suas estruturas e serviços de saúde mental. Neste sentido, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana ocupa lugar importante na luta antimanicomial que influenciou o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. As experiências Italianas continuam mostrando estratégias de superação ao modelo hospitalocêntrico, propondo novos olhares e formas de cuidar da pessoa com transtorno mental. Os serviços de saúde mental italianos utilizam diversas configurações de trabalhos terapêuticos e ressaltam o quão efetivas são as ações desenvolvidas em grupos, no cuidado em saúde mental (JUNQUEIRA; CARNIEL, 2012).

Na perspectiva de conhecer como os serviços de saúde mental estão estruturados em outros países, visualiza-se, na experiência italiana, as atividades desenvolvidas nos Centros de Saúde Mental. Estes locais são a base da organização das atividades que contribuem para a saúde da pessoa com transtorno mental, destacando-se a realização do projeto terapêutico. As intervenções não se restringem aos sintomas graves, atendem todas as pessoas que apresentam sintomas de angústia, tristeza e ansiedade. As ações dos Centros de Saúde Mental se constituem em visita domiciliar, atendimento com as famílias e pessoa com transtorno mental, atividades em grupos, prevenção de agravos, acesso a direitos e oportunidades sociais, atividades de ajuda fornecidas pelos enfermeiros e apoio telefônico (FURLAN et al., 2012).

Pesquisa realizada com enfermeiros da atenção primária do serviço de saúde da Inglaterra mostrou que o enfermeiro uma função bastante ampla: realiza consulta, diagnóstico, terapêutica medicamentosa, gestão de casos e acompanhamento de condições crônicas. Com o trabalho estruturado do enfermeiro, ocorreram repercussões positivas para a pessoa com transtorno mental, com melhor acesso ao serviço, comunicação e cuidado integral, que resultaram em maior adesão terapêutica. Para o enfermeiro houve a ampliação da competência profissional, e para o sistema de saúde, acarretou na redução de custos (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016). Obtendo-se resultados positivos no trabalho em enfermagem em

outro país, pode-se supor que mesmo em realidades politicamente diferentes, é possível estruturar serviços que atendam de fato a população, com a expectativa de resultados semelhantes também no Brasil. O estudo mostra aspectos resolutivos de forma ampliada, que inicia no diagnóstico, perpassa a transversalidade da atenção e apresenta resultados positivos de gestão financeira.

As experiências e estratégias internacionais mostram estrutura de serviço organizado, de trabalho integrado e resolutivo. Os estudos de Junqueira e Carniel (2012), Furlan et al., (2012) e Toso, Filippin e Giovanella (2016) apontam que os espaços de saúde se organizam segundo definições específicas dos papéis que os profissionais desenvolvem, voltados à promoção de saúde mental, sendo capazes de detectar na demanda espontânea dos serviços de saúde, as pessoas que apresentam transtornos mentais leves, para, assim, atender na prevenção de agravos. Diante da realidade, pode-se fazer um comparativo com os estudos brasileiros que mostram dificuldades para atender as mesmas propostas, que estão legalmente instituídas na política nacional de atenção básica em saúde mental.

O núcleo de apoio à saúde da família tem se mostrado como uma das estratégias que podem estabelecer formas de cuidados pontuais em determinadas situações em que as ESFs necessitam de maior apoio diante da complexidade do caso. Têm seu trabalho direcionado na perspectiva do fortalecimento das equipes de saúde, que também devem atuar intensamente na atenção à pessoa com transtornos mentais, sustentadas pelo apoio matricial.

O apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes trabalham na proposta de construção compartilhada, com intervenção pedagógico-terapêutica, diante de uma necessidade da ESF. Atua-se, nesse sentido, com a lógica da corresponsabilização e da interdisciplinaridade, diminuindo os encaminhamentos e aumentando, por conseguinte, a resolutividade e qualidade em saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2011a).

Ante estas considerações, entende-se que o núcleo de apoio à saúde da família, podendo implantar o apoio matricial na ESF, potencializa o cuidado em saúde mental na atenção básica, e permite a maior integralidade e resolutividade do cuidado, facilitando os elos entre os demais pontos da rede de atenção psicossocial e, principalmente, mantendo o sujeito inserido no seu território, ampliando a sua autonomia, dando efetividade aos princípios da reforma psiquiátrica e do SUS.

Com vistas a possibilitar estratégias de cuidado em saúde mental na atenção básica, outro instrumental que vem sendo trabalhado nas equipes de saúde é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que objetiva ir além das ações preventivas e curativas das doenças, com ações

de promoção de saúde em um contexto complexo multifatorial. Estudo teórico realizado por Boccardo et al. (2011) mostra que os autores estudados apresentam opiniões semelhantes em relação aos mecanismos necessários para a organização do projeto terapêutico singular nos serviços. O projeto terapêutico singular possibilita a organização da equipe a partir do conceito de referência, que realiza o atendimento diferenciado e singularizado das demandas dos usuários, com a melhoria da acessibilidade aos serviços, recursos e profissionais, e a responsabilização de todos no processo do cuidado, na medida em que compartilha e descentraliza o atendimento clínico (BOCCARDO et al., 2011).

Estudos comprovam as limitações para a efetivação do projeto terapêutico singular nas equipes de saúde e enfatizam a necessidade de melhorias estruturais nos serviços de saúde para que seja possível efetivá-lo. Cabe aos profissionais se voltarem para ações de comprometimento no trabalho em equipe, articulado com a rede de serviços de saúde, que buscam a efetivação do projeto terapêutico singular. A maior parte dos estudos sobre a temática como ferramenta prática no trabalho em saúde mental descreve seu processo de implantação e resultados em cuidados mais intensivos ou especializados, como os centros de atenção psicossocial (CARVALHO et al., 2012 e MORORÓ, COLVERO e MACHADO, 2011).

Pesquisa com profissionais de ESFs e centro de atenção psicossocial de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul desvelou que estes referem que a tática proposta do projeto terapêutico singular nas equipes, significa experimentar a nova estratégia de atenção para a saúde mental. Trata-se de uma estratégia inovadora porque busca ampliar o trabalho que já existe, sendo aprimorado na tríade: trabalhadores, usuário e gestão, um espaço de troca entre os diferentes saberes envolvidos no processo, buscando resoluções com o outro (LINASSI et al., 2011).

Os resultados dos estudos conduzidos em centros de atenção psicossocial apresentam o projeto terapêutico singular como ferramenta potente no cuidado aos sujeitos atendidos por esses serviços, proporcionando o resgate da autonomia e das relações no contexto de vida dos indivíduos e suas famílias. Em pesquisa desenvolvida com profissionais de centro de atenção psicossocial, Barros (2010) expôs desafios e dificuldades para a operacionalização do projeto terapêutico singular em relação à reorganização dos serviços e do trabalho em equipe, à dificuldade de articulação com as redes institucionais e sociais e à inserção dos usuários dos serviços de saúde como participantes efetivos nessa construção.

Todavia, é preciso compreender as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde para a efetivação do PTS, desde as questões relacionadas à comunicação e integração entre as

equipes até a criação de espaços multidisciplinares nos serviços de saúde para a discussão do projeto terapêutico singular. A construção de um projeto terapêutico singular implica na revisão de posicionamentos profissionais e pessoais, tanto no trabalho em equipe, como junto ao usuário, frente ao modo de identificar e conceber recursos comunitários. É uma ferramenta assistencial que deve ir além da formulação da ação, visando à transformação da realidade, que é a sua principal proposta, obtendo delineamento dos objetivos, com vistas à resolutividade das situações problema identificadas, envolvendo os profissionais da atenção básica.

Apesar das mudanças ocorridas em decorrência da reforma psiquiátrica, com oferta de serviços substitutivos mais próximos de seu território, a pessoa com transtorno mental ainda é atendida num modelo de saúde pouco resolutivo, fora do seu contexto de vida, com forte ênfase na medicalização num modelo ainda centrado na doença, que não atende as necessidades de saúde do indivíduo e sua família.

2.4 O Enfermeiro e o trabalho com a equipe multiprofissional no contexto da saúde mental e atenção básica

O trabalho em equipe, na área de saúde mental, possui relevância e tem se tornado fundamental para alcançar a prestação da assistência, com capacidade de entender o adoecimento psíquico como multifatorial, possibilitando que as intervenções sejam privilegiadas pela diversidade de saberes de formação profissional. Preconiza-se que há a necessidade de preparar os profissionais para atuar de forma multiprofissional (MARCOLAN; CASTRO, 2013).

Considerando a complexidade do trabalho em saúde mental, como também a multiplicidade das ações das equipes de saúde mental, visualiza-se um desafio a ser superado no cuidado integral e resolutivo em saúde mental. Ressalta-se, para tanto, a necessidade de reorganização do processo de trabalho e que cada membro da equipe busque, constantemente, a revisão de suas atribuições e ações a serem desenvolvidas juntamente com a equipe. O diálogo entre os profissionais deve ser de forma complementar, ampliando ações voltadas às pessoas com transtorno mental, famílias e comunidade, num processo que possibilita maior resolutividade se compartilhado por todos os membros da equipe.

Resultados de um estudo realizado com trabalhadores de um centro de atenção psicossocial na região sul do Brasil revelou que a prática diária do serviço está imersa em dúvidas, em “que fazer” em saúde mental e verificou que alguns profissionais conseguem

entender a proposta de modificações do modelo de atenção introduzidas pela saúde mental. Contudo, outros não desenvolvem o trabalho em equipe multidisciplinar por temer invadir o espaço do outro ou perder espaço do seu conhecimento específico de formação por outras áreas do saber (PINHO et al., 2012). Diante disso, na prática do trabalho em equipe, a interlocução entre os profissionais necessita ser implementada na transversalidade, com ações integradas e construídas a partir do diálogo, de forma complementar ao serviço de saúde. Mesmo preservando as especificidades das especialidades, é possível construir um trabalho convergente em termos de ações objetivas, com complementação natural, e não a soma ou a sobreposição de ações (CASTRO, 2013).

Uma pesquisa junto a profissionais de uma unidade básica de saúde, em um município de pequeno porte na região do extremo oeste de Santa Catarina, mostrou que as ações em saúde mental se estabeleciam no atendimento hospitalar e no tratamento medicamentoso, esporadicamente a pessoa com transtorno mental recebia atendimento domiciliar para fins terapêuticos (AOSANI; NUNES, 2013). Os resultados do estudo indicam um desencontro entre as ações desenvolvidas pelos profissionais e o que está proposto na reforma psiquiátrica, que prevê a implantação de serviços substitutivos aos modelos hospitalares, com trabalhos organizados em redes de cuidado, ações no território de vida das pessoas com transtorno mental e família, estabelecidos pelo vínculo e o acolhimento.

O enfermeiro é o profissional reconhecido como cuidador, com competências e habilidades que constituem a sua prática. Na saúde mental, a atualidade requer do profissional novas ações em saúde, que possibilitem superar o modelo de atenção centrado na doença para o cuidado do indivíduo em suas dimensões biopsicossociais. Neste contexto, o Enfermeiro vem acompanhando as mudanças ocorridas nas políticas de saúde do país, particularmente, na saúde mental. O cenário de assistência em saúde mental no Brasil, nas últimas décadas, objetiva o fortalecimento da consolidação do modelo extra-hospitalar, com ações resolutivas no âmbito da atenção básica (MARCOLAN; CASTRO, 2013).

No trabalho em equipe, quando se trata de saúde mental, um desafio identificado é a invisibilidade dos papéis de alguns profissionais nas equipes multiprofissionais. É importante frisar que quando as competências são efetivamente visíveis no interior de equipes multiprofissionais, favorecem a formação crítica, transformadora da realidade social e agente de mudanças, com profissionais que sejam capazes de inovar e decidir, no próprio local, com os recursos de que dispõem e com os saberes de cada um, reunidos em determinada situação (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010). Para estes mesmos autores, os saberes e fazeres do Enfermeiro para atenção em saúde mental na atenção básica e o desenvolvimento de

competências devem ser constituídos em sinergia com o modelo psicossocial, rompendo o modelo biomédico. Esse movimento requer mudanças no ensino e na prática dos profissionais. O cenário ideal para a construção de novas competências para atuar na realidade é o cotidiano da atenção básica, é no campo da prática que as transformações estão acontecendo.

O papel do Enfermeiro nas equipes de saúde é essencial, entretanto, para ser desenvolvido com excelência deve estar fundamentado em construção científica, no ensino e na prática. Logo, concordo com os autores quando afirmam que para trabalhar com saúde mental é necessário estar capacitado para a mudança de concepções pessoais e profissionais. O fazer do profissional em saúde mental pode estar vinculado a sua concepção pessoal, com afinidade ou distanciamento, mas é na formação, no terreno da cientificidade que o conhecimento deve ser construído e fortalecido, em especial com a educação permanente nos serviços (NEVES; LUCHESE; MUNARI, 2010).

Souza e Luis (2012) constatam, em estudo realizado com Enfermeiros no interior paulista, que o profissional Enfermeiro tem papel essencial junto aos demais profissionais da equipe de saúde. Porém, para este protagonismo acontecer ele precisa estar capacitado para lidar com problemas de saúde mental, sendo que esta lacuna compromete a intervenção e a resolução de problemas, sendo necessária, portanto, a educação permanente em serviço. Defendem a relevância da presença deste profissional no enfoque de competências para realização do apoio matricial e projeto terapêutico singular.

Amarante et al. (2011) realizaram estudo com 20 enfermeiros de ESF em município da região metropolitana do Rio de Janeiro, com o propósito de conhecer as estratégias utilizadas no cuidado às pessoas com transtornos mentais no âmbito da ESF. Os enfermeiros apresentaram dificuldades/distanciamento com o termo transtorno mental. Mencionam que o fazer da enfermagem está centrado nos aspectos biológicos, não identificando como responsabilidade profissional a atenção em saúde mental, desconsiderando, desse modo, o conceito ampliado de saúde, como propõe a ESF. Pontuam, ainda, que a equipe não está apta para atender às pessoas com transtornos mentais na ESF, não reconhecendo a lógica do território, encaminhando-as para psiquiatras e psicólogos em serviços especializados.

Este estudo permite conhecer fragilidades significativas no fazer do Enfermeiro em saúde mental na atenção básica, quando a ESF tem, em seus princípios, o atendimento no território de vida das pessoas, com capacidade resolutiva e integral das ações e, a despeito disso, o profissional não se reconhece responsável deste cenário de atuação. Muitas vezes é necessário que o Enfermeiro realize encaminhamentos das pessoas com transtornos mentais

para os profissionais de outras especialidades ou serviços de saúde, desde que esteja convencido que as suas atribuições como profissional sejam consideradas resolutivas.

Estudo com enfermeiros que atuam na atenção básica no município de Maringá, no Paraná, mostrou que os profissionais não realizaram capacitação ou atualização para atuar na atenção à saúde mental, relatando que o conhecimento que possuem é aquele que foi adquirido no curso de graduação, e julgaram insuficiente para atuar nas especificidades da área. Também relataram preocupação no que diz respeito ao tratamento medicamentoso, inferindo que o modelo curativo se sobrepõe ao modelo preventivo e de promoção da saúde. Assim, identifica-se a necessidade e relevância do compromisso do enfermeiro frente aos serviços de saúde, com a possibilidade de romper com saberes e práticas tradicionais da saúde mental com ações de cuidado integral, considerando aspectos biopsicossociais e espirituais do indivíduo, família e comunidade (WAIDMAN et al., 2012).

A abordagem frente a esta questão tem ocorrido por meio de ações de saúde fragmentadas, que mostram a falta de planejamento e definição nas atribuições de cada profissional e do trabalho institucional. Na perspectiva de viabilizar a saúde mental na atenção básica, o profissional Enfermeiro possui um importante papel, sendo que ele trabalha, essencialmente, com o objetivo da produção de cuidado. Desta forma, o profissional Enfermeiro deve conhecer essa população específica, ter o entendimento das inúmeras estratégias de cuidado que deve adotar, sendo que não atua sozinho. A produção do cuidado em saúde mental somente se torna possível com ações individuais e coletivas entre os membros da equipe, sendo discutidas e planejadas em conjunto, dando ênfase ao cuidado em âmbito territorial.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Princípios doutrinários e organizacionais

O referencial teórico que orienta o desenvolvimento desta pesquisa está constituído pelos conceitos de **integralidade**, **resolutividade**, **apoio matricial** e **projeto terapêutico singular**, bem como da interrelação entre eles.

A **integralidade** justifica-se pela possibilidade de ampliar a compreensão do ser humano integrado em seu território e não apenas como uma pessoa com transtorno mental, em geral estigmatizada. A **resolutividade** possibilita compreender as razões pelas quais um grande contingente de famílias e pessoas com transtornos mentais não encontram, no âmbito da atenção básica, resposta para suas necessidades. Já o **apoio matricial** e o **projeto terapêutico singular** são considerados, neste estudo, elementos que podem operacionalizar a concepção de integralidade e resolutividade no território do cuidado. Quando realizados de forma efetiva, potencializam a resolutividade das necessidades de saúde das pessoas com transtornos mentais.

Na Constituição Federal de 1988, na seção Saúde, nos Artigos 196 e 198, está declarado que saúde é um direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário e com atendimento integral. Neste sentido, dois pilares são colocados: a universalidade, como definição do “para todos”, e a integralidade, como definição “do tudo” (BRASIL, 2005).

A **integralidade** é uma diretriz fundamental do SUS; garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, bem como acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Esta também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade e não um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005b).

Sendo uma das diretrizes básicas do SUS, definida constitucionalmente, a integralidade possui práticas desejáveis para a assistência à saúde. É um termo que reúne vários significados, resultantes das vivências dos sujeitos, suas práticas e saberes em saúde, que associam tratamento e vínculo. As práticas da integralidade surgem com críticas ao atendimento fragmentado e reducionista, pois o conhecimento nas diversas especialidades ressaltava as dimensões biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais.

Compreender o conjunto de necessidades de ações e de serviços que a população apresenta, seria a marca maior do sentido da integralidade (MATTOS, 2003).

Como ponto de partida do cuidado é importante pensar o indivíduo num contexto que faz parte do todo e, assim, a integralidade pode ser entendida, desde o seu corpo físico até sua inserção no seu contexto local, social, econômico, político e cultural, no qual tudo está em constante interação. Isso implica conhecer como vivem os sujeitos, suas histórias de vida, o que se traduz em diferentes expectativas, vivências e potencialidades para cada indivíduo e para cada contexto (RAYNAUT, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica tem a integralidade como um dos princípios orientadores para a organização dos serviços de saúde, que se traduzem como um conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Compreende a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017).

Partindo do pressuposto que o homem é um ser biopsicossocial, as ações em saúde desenvolvidas com as pessoas não alcançam resultados impactantes se forem realizadas de forma fragmentada, sendo necessário conceber as pessoas de forma integral. A integralidade constitui-se, portanto, em elemento efetivo para a equidade e a universalidade, constituindo-se em ações articuladas e resolutivas no atendimento às pessoas. A integralidade agrega vários níveis de competência em prol do cuidado do indivíduo, envolve atuação dos profissionais e gestores em organizar serviços e estabelecer a articulação integral entre os serviços de saúde (SILVA, 2015).

A integralidade é definida constitucionalmente, com objetivo de produção de saúde com valor social de cidadania, sendo um elemento central para a incorporação efetiva das diretrizes básicas do SUS. Esta diretriz remete o indivíduo a um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária (BRASIL, 2014).

A integralidade do cuidado tem o núcleo de apoio à saúde da família e as equipes de saúde da família como estratégias que buscam contribuir para o aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas, que potencializam ações

integrais: a discussão de casos; o atendimento conjunto ou não; a interconsulta; a construção de projetos terapêuticos; a educação permanente; as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade; ações intersetoriais de prevenção e promoção da saúde; os encaminhamentos para internações em leitos de hospitais gerais; a discussão do processo de trabalho das equipes, entre outros (BRASIL, 2013c).

Para Campos (2016) a integralidade é a totalidade, referente ao absoluto e ao universal. Frisa, ainda, que para trabalhar a integralidade é preciso adentrar à formação histórica do coletivo e procurar atuar de forma singular. Os profissionais precisam reconhecer o lugar que ocupam para atuarem como agentes mediadores no processo de desenvolvimento da sociedade e emancipação da população.

A atenção básica realiza ações integradas para atender as diretrizes recomendadas e que são realizadas por equipe multiprofissional responsável por uma população adstrita de âmbito individual e coletivo. As ações em saúde abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos; o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação; a redução de danos e a manutenção da saúde, promovendo a integralidade, equidade e universalidade, impactando positivamente na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2013c).

Ao tomar a integralidade como um dos eixos teóricos deste estudo, considera-se que este conceito está ligado à totalidade, que remete também ao cuidado dispensado às pessoas com transtorno mental. A integralidade, compreendida como totalidade, possibilita trabalhar a saúde numa perspectiva que vai do físico ao social, agregando valor às ações em saúde mental, potencializando as ações dos profissionais e fortalecendo as estruturas organizacionais dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, os desafios postos envolvem questões relativas à oferta dos serviços que respondam às necessidades de saúde das pessoas, com ações que oportunizem a resolutividade dos problemas dos indivíduos com transtornos mentais e suas famílias.

A **resolutividade** é um dos **princípios** do Sistema Único de Saúde, conceituados como doutrinários e organizativos. A resolutividade é definida como a exigência de que, quando um indivíduo busca por atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até seu nível de competência (BRASIL, 1990).

A resolutividade pode ser compreendida como uma forma de avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos com o atendimento aos usuários do local, porém, não é um termo absoluto (ROSA et.al., 2011). Turrini, Lebrão e Cesar (2008) complementam que as

diversas respostas de resolutividade dependem de quem avalia e do que avalia num determinado momento.

Para Santos e Penna (2015), os vários enfoques da resolutividade envolvem diferentes aspectos, tais como: acolher a demanda; a satisfação do cliente; as tecnologias que o serviço oferece; a organização do serviço com referências especializadas; a acessibilidade dos serviços de saúde; a formação de profissionais qualificados para atender os serviços de saúde; atender as necessidades de saúde da população; a adesão do tratamento; os aspectos culturais e socioeconômicos. Para o usuário, a resolutividade do serviço de saúde é o produto do encontro entre as necessidades sentidas e o atendimento disponibilizado pelo local. Assim, se a demanda apresentada pelo usuário é comum na oferta do serviço de saúde, ele será atendido de forma resolutiva. Porém, se a demanda apresentada não encontra resposta adequada de atenção, não será resolutiva.

As ações dos profissionais que trabalham com saúde mental precisam ser resolutivas, conforme as necessidades das pessoas. Na saúde, de forma geral, a resolutividade pode ser medida diante de resultados com indicadores mensuráveis, tais como: morbidades, taxas epidêmicas, entre outros. Já na saúde mental, este princípio apresenta maior complexidade para ser mensurado, devido à sua subjetividade, uma vez que vários aspectos podem envolver a resolutividade quando se trata de uma pessoa com transtorno mental e sua família.

A resolutividade de um serviço de saúde está associada à mensuração de resultados referentes ao conjunto de ações que oferece. Na saúde mental, a avaliação dos resultados envolve o conhecimento dos profissionais sobre algumas variáveis, tais como as clínicas, que requerem conhecer as severidades dos sintomas, as sociais como condições de trabalho e moradia. Outro elemento que mostra a relevância na avaliação da resolutividade é o valor que o usuário do serviço de saúde atribui como essenciais para atender sua necessidade em saúde (AMARAL; MOREIRA, 2016).

Com o objetivo de potencializar a resolutividade nos serviços de saúde, na atenção básica, algumas estratégias foram estruturadas, como, por exemplo, o apoio matricial. No ano de 1999, formulou-se um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, criando o modelo denominado Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial. Definido como um dispositivo que não faz parte da estrutura das organizações, mas que possui o potencial de promover alterações organizacionais; inovar; instaurar uma nova lógica de funcionamento; e reformular valores e subjetividades das equipes, atuando de forma complementar (BRASIL, 2011a).

O **apoio matricial** traduz um trabalho de retaguarda especializada e na cogestão do processo de trabalho, conferindo apoio técnico/pedagógico, dando preferência ao trabalho interdisciplinar, ao invés do modelo hierarquizado de gestão dos serviços de saúde. Possibilita a clínica ampliada com a construção de vínculo profissional/usuário, com trabalho em equipe multiprofissional, principalmente ao se tratar de SM (BRASIL, 2011a).

O apoio matricial é resultado da fusão e da reconstrução de vários modelos, conceitos e estratégias já utilizados no trabalho inter e transdisciplinar, porém com adaptações de conceitos atuais de cuidado e ações em saúde mental. O Ministério da Saúde incorporou o apoio matricial como forma de trabalho para profissionais especialistas, criaram-se os núcleos de apoio à saúde da família para abrigar esses novos profissionais (CAMPOS, 2016).

O processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de uma especialidade, pertence, antes, a todo o campo da saúde. Neste contexto, o apoio matricial é um processo de trabalho interdisciplinar com práticas que envolvem a socialização e a construção do conhecimento. Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva que trabalha com interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no apoio matricial pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes, tendo o projeto terapêutico singular como instrumento do processo de matriciamento em saúde mental (BRASIL, 2015).

O **Projeto Terapêutico Singular** (PTS) é uma forma de organização da gestão do cuidado entre equipes da atenção básica, conforme PORTARIA n. 3.088, 23 de dezembro de 2011. É uma estratégia viabilizadora de diálogo interativo entre os profissionais envolvidos, permitindo o compartilhamento de casos e o acompanhamento longitudinal de responsabilidade destas equipes. Também enfatiza a relevância do acesso à atenção integral à população e a ampliação de estratégias para assegurar os direitos de cidadania das pessoas (BRASIL, 2015).

A construção do PTS pode ser compreendida como um conjunto de estratégias terapêuticas que envolvem a pessoa com transtorno mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e à produção de autonomia e de inclusão social. É um instrumento que ultrapassa o paradigma médico, na busca por resolver as necessidades das pessoas para além do diagnóstico, visa mudanças possíveis ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde (MÂNGIA; MUNAMOTTO, 2007).

Todo o processo de construção do PTS é permeado pela participação do sujeito ou do coletivo e de profissionais da equipe de atenção básica, construindo uma pactuação em que ambos tenham o conhecimento de que a pessoa com transtorno mental é o centro do projeto terapêutico singular (OLIVEIRA, 2007). A construção implica na revisão de posicionamentos profissionais e pessoais, sendo necessário entender que as metas são traçadas também pela família da pessoa com transtorno mental e não apenas pela equipe. O PTS pode ser considerado uma estratégia para o desenvolvimento de propostas e condutas terapêuticas articuladas para e com os usuários e famílias ou com grupos específicos. Deve objetivar, além das ações preventivas e curativas das doenças, a promoção de saúde em um contexto complexo multifatorial. Precisa ser constituído por quatro movimentos fundamentais, quais sejam: definição das hipóteses diagnósticas; definição de metas; divisão de responsabilidades, e reavaliação. Deve ser reavaliado durante todo o processo de construção e implementação, com dinamismo, sendo processual e flexível (BRASIL, 2009a).

O Projeto Terapêutico Singular possibilita a ampliação da resolutividade por meio de ações abrangentes da atenção, como forma de ordenar o cuidado. Diante disso, novas práticas de trabalho em equipe devem superar a fragmentação do conhecimento e das especificidades profissionais, a fim de construir uma prática de cuidado articulada e integrada, pois é desta forma que é possível responder às necessidades reais das pessoas.

Os serviços de saúde mental deveriam estar organizados em forma de rede de atenção atendendo a política nacional de atenção básica e a política nacional de saúde mental, cumprindo-se a Constituição Federal, seguindo os princípios de diretrizes do SUS e as leis de proteção dos direitos humanos. Este contexto teórico de referência traz aspectos relevantes dos conceitos de integralidade e resolutividade no que tange à saúde mental na atenção básica e utiliza o apoio matricial e o projeto terapêutico singular como elementos que podem servir de instrumentos para permitir a superação dos desafios encontrados pelos profissionais que desenvolvem as suas ações de saúde mental na atenção básica.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo, vinculado ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), foi desenvolvido com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, uma vez que estudos dessa natureza, segundo Denzin e Lincoln (2007) e Appolinário (2012), buscam entender um dado fenômeno em termos dos significados que as pessoas a ele conferem.

Este estudo abarca o cotidiano dos serviços de saúde da atenção básica, tendo como base as respostas dos sujeitos participantes e procura compreender os desafios dos profissionais para desenvolver ações de saúde mental. A natureza qualitativa deste estudo possibilitou identificar as interferências, bem como as ações possíveis de serem realizadas na prática diária dos profissionais da atenção básica no que tange à saúde mental.

A pesquisa qualitativa prima pela descrição da complexidade de determinado problema, analisando a interação de algumas variáveis, além de compreender e classificar processos dinâmicos do cotidiano de grupos sociais. Em virtude disso, contribui para o processo de mudanças de determinado grupo e possibilita, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (DENZIN; LINCOLN, 2007; APPOLINÁRIO, 2012).

Quanto à finalidade, o estudo é do tipo descritivo e exploratório, pois se propõe a compreender os desafios da incorporação da saúde mental na atenção básica, a partir das vivências dos profissionais, de forma mais aprofundada. É descritivo porque tem a finalidade de caracterizar o fenômeno em estudo, por meio de registros, análises, classificações e interpretações das diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica. É, portanto, um estudo que explora a subjetividade das experiências dos sujeitos que dele participam (DENZIN, LINCOLN, 2007; APPOLINÁRIO, 2012).

4.2 Locais de estudo

Esta pesquisa foi realizada em municípios de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a qual é composta por 26 municípios de pequeno e médio porte. Destes, três dispõem de Centro de Atenção Psicossocial e 15 têm Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A cobertura de ESF na região da 19ª CRS é de 94% da população.

Foram escolhidos, para o desenvolvimento do estudo, os municípios de Frederico Westphalen, Tenente Portela e Três Passos, por apresentarem estrutura de atenção em saúde mental, pois contam com centro de atenção psicossocial, unidades psiquiátricas em hospitais gerais e cobertura de ESF de 80% no município de Frederico Westphalen, 100% em Três Passos e 100% em Tenente Portela.

O município de Frederico Westphalen tem o serviço de atenção básica estruturado com seis ESFs, um núcleo de apoio à saúde da família. Na atenção à saúde mental, conta com um centro de atenção psicossocial e um hospital geral, com 14 leitos em Unidade de Psiquiatria. O município de Três Passos tem o serviço de atenção básica estruturado com oito ESFs, um núcleo de apoio à saúde da família. Na atenção à saúde mental, conta com um centro de atenção psicossocial e um hospital geral, com 10 leitos em Unidade de Psiquiatria. E o município de Tenente Portela tem o serviço de atenção básica estruturado com quatro ESFs, um núcleo de apoio à saúde da família. Na atenção à saúde mental, possui um centro de atenção psicossocial e um hospital geral, com 14 leitos em Unidade de Psiquiatria.

4.3 Participantes do estudo

Este estudo foi desenvolvido junto aos profissionais, Enfermeiros(as), Médicos(as), Psicólogos(as) e Assistentes Sociais que integram as ESFs dos três municípios, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão estar atuando na ESF há no mínimo, seis meses, considera-se que, desta forma, podem contribuir com suas vivências profissionais e conhecer aspectos relevantes sobre o local do estudo.

Como critério de exclusão foi considerado estar em licença saúde ou férias durante o período da coleta de dados. Justificam-se os critérios de inclusão e exclusão, quanto ao tempo de formação e ser membro da equipe, pois assim poderá oferecer subsídios teóricos e práticos em resposta aos questionamentos que atendem os objetivos da pesquisa.

A fim de preservar a identidade e garantir o anonimato dos participantes, os sujeitos foram identificados por códigos, compostos pela inicial da categoria profissional seguida de um numeral, em sequência, conforme a ordem das entrevistas:

- Assistentes Sociais: AS01 a AS04;
- Enfermeiros(as): E01 a E17;
- Médicos(as): M01 a M04;
- Psicólogos(as): P01 a P05.

Este estudo foi desenvolvido com 30 profissionais, sendo 17 enfermeiros(as); cinco psicólogos(as); quatro médicos(as) e quatro assistentes sociais. Dos 30 participantes do estudo, 27 eram do sexo feminino e três, do masculino, na faixa etária entre 28 e 64 anos. O tempo de vinculação ao serviço onde atuam variou entre um a 30 anos e o tempo de formação entre três a 44 anos. Com relação à formação profissional, os 30 possuem especialização e seis possuem mestrado. As áreas em destaque nas especializações foram Urgência e emergência e Saúde da família. No quadro 1 (p. 43-44) estão organizados os dados acadêmicos e profissionais dos participantes da pesquisa.

Quadro 1 – Dados acadêmicos e profissionais dos participantes do estudo

CATEGORIA	IDADE	SEXO	TEMPO DE VÍNCULO (ANOS)	TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS)	PÓS-GRADUAÇÃO	ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
AS 01	47	F	10	11	SIM	Saúde Pública. Saúde Mental Coletiva. Dependência Química.
AS 02	49	F	4	21	SIM	Saúde Pública. Gestão Pública.
AS 03	40	F	16	16	SIM	Práticas Sociais em Família.
AS 04	38	F	15	15	SIM	Fundamentos do Serviço Social.
E 01	35	F	06	10	SIM	Urgência/Emergência. Auditoria. Docência.
E 02	32	F	01 A	07	SIM	Gestão de Organização Pública em Saúde. Mestrado em Enfermagem.
E 03	36	F	06	11	SIM	Enfermagem do Trabalho. Urgência e Emergência.
E 04	32	F	04	11	SIM	Obstetrícia.
E 05	41	F	01	14	SIM	Urgência e Emergência.
E 06	28	F	01	07	SIM	Urgência e Emergência.
E 07	33	F	07	10	SIM	Urgência e Emergência. Saúde da Família.
E 08	30	F	07	07	SIM	Saúde da Família. Enfermagem do Trabalho. Mestrado em Enfermagem.
E 09	37	F	07	15	SIM	Saúde Pública.
E 10	58	F	15	30	SIM	Saúde Pública.
E11	40	F	07	14	SIM	Gestão Coletiva. Mestrado em Atenção Primária em Saúde.
E 12	38	F	01	15	SIM	Saúde da Família.
E 13	46	F	05	23	SIM	Gestão Coletiva.

E 14	51	F	16	20	SIM	Saúde Pública e Educação.
E 15	40	F	05	10	SIM	Saúde do Trabalhador. Acupuntura. Urgência e Emergência e Traumatologia.
E 16	37	F	15	15	SIM	Mestrado em Enfermagem.
E 17	32	F	11	11	SIM	Saúde da Família. Saúde Coletiva. Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente.
M 01	42	F	08	15	SIM	Medicina da Família e Comunidade.
M 02	64	M	30	44	SIM	Medicina de Tráfego. Geriatria e Gerontologia. Medicina de Família.
M 03	43	M	6	12	SIM	Medicina do Trabalho, Perícia Médica e UTI.
M 04	28	F	01	05	SIM	Medicina em Saúde da Família.
P 01	28	M	1, 6	3	SIM	Terapias Cognitivas Comportamentais.
P 02	37	F	7	14	SIM	Mestrado em Álcool e Drogas.
P 03	35	F	9	10	SIM	Saúde Pública. Neuropsicologia Jurídica e Socieducação.
P 04	34	F	07	10	SIM	Saúde do Trabalhador.
P 05	45	F	07	10	SIM	Saúde Coletiva.

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados coletados na pesquisa.

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada (Apêndice E, p. 99), que, como explica Minayo (2007), é aquela que combina perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Sua qualidade consiste em enumerar, de forma mais abrangente, as questões que o pesquisador quer abordar no campo, da definição do objeto de investigação.

As entrevistas foram desenvolvidas após a aprovação do comitê de ética, em data e horário previamente agendados, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos do estudo, durante o mês de abril de 2018. Os profissionais foram entrevistados, individualmente, em seus locais de trabalho.

O instrumento utilizado foi estruturado em três partes:

1 - Caracterização dos(as) participantes do estudo, etapa que contemplou um roteiro de perguntas sobre o perfil do profissional;

2 - Percepções e conhecimento dos profissionais acerca das diretrizes da saúde mental na atenção básica, compreendendo um roteiro de perguntas referentes às percepções e ao conhecimento dos profissionais na incorporação das diretrizes da saúde mental na atenção básica em suas ações;

3 - Reflexão sobre as estratégias utilizadas e a resolutividade destas de acordo com as diretrizes da SM na AB, momento dedicado à reflexão sobre como o profissional realiza o cuidado da pessoa com transtorno mental.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados conforme a análise temática (MINAYO, 2010), que se constituiu de três etapas, sendo que a primeira etapa, a pré-análise, em que se deve selecionar os documentos a serem explorados para buscar responder os objetivos traçados na pesquisa, teve seu início com a leitura e classificação dos conteúdos obtidos nas entrevistas. Na segunda etapa, reservada à exploração do material e exame detalhado dos dados, foram agrupadas as respostas com maior incidência de semelhanças ou igualdades, que se classificou no primeiro produto com a contagem de participantes que responderam com afinidade os assuntos. A terceira etapa é relativa ao tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, em que os produtos foram agrupados em núcleos maiores de análise que possibilitaram ordenar os dados, de forma sequencial, conforme o roteiro de entrevista, visando explicar a relação entre as respostas de todos os entrevistados para responder os objetivos da pesquisa

Para a análise e interpretação dos dados foi construída uma estrutura teórica, tendo como eixo o referencial teórico constituído pelos conceitos **integralidade**, **resolutividade**, **apoio matricial** e **projeto terapêutico singular**. A estrutura de análise possibilita visualizar o processo de trabalho representado pelas interações entre tais elementos conceituais e operacionais na incorporação da saúde mental na atenção básica.

No que tange às características dos participantes do estudo, foram consideradas as particularidades de cada membro, incluindo a profissão, idade, sexo, tempo de vínculo com o serviço de saúde, tempo de formação e pós-graduação.

As percepções e conhecimento dos profissionais acerca das diretrizes da saúde mental na atenção básica a as reflexões sobre as estratégias utilizadas, e a resolutividade destas de

acordo com as diretrizes da saúde mental na atenção básica, tiveram os dados submetidos à análise temática, que permitiu interpretar e descrever os dados obtidos nas entrevistas através da identificação, análise e descrição, o que possibilita organizar os dados colhidos e responder o que está sendo pesquisado (MINAYO, 2007).

Os dados coletados, após análise, tratamento e interpretação, deram origem a três artigos, além da presente tese. São eles:

- Artigo 1 – Saúde mental na atenção básica: desafios para a resolutividade das ações;
- Artigo 2 – A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental; e
- Artigo 3 - Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial: instrumentais para agregar resolutividade às ações de saúde mental.

4.6 Aspectos éticos do estudo

Foi encaminhado um termo de autorização para a realização da pesquisa aos Secretários Municipais de Saúde (Apêndices B, C e D, p. 96-98). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG sob o Parecer Nº 12/2018 (Anexo A, p. 101), com a finalidade de atender às exigências da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). Os pesquisadores assumem o compromisso de cumprir integralmente os princípios da Resolução n. 466/12 do CONEP/MS (BRASIL, 2012), garantindo a autonomia do sujeito de maneira que possa livremente decidir quanto à sua participação ou não na pesquisa. Foi garantido aos participantes do estudo sanar dúvidas sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa.

Cumprir esclarecer, também, que a participação nesta pesquisa se deu por meio de entrevista semiestruturada, a qual não representa nenhum risco às dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase de ser desenvolvimento.

Os participantes tiveram liberdade de participar ou não da pesquisa, sem serem prejudicados por isso, com garantia de ter suas dúvidas esclarecidas antes, durante e após o desenvolvimento deste estudo, da segurança de ter privacidade individual, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização desta pesquisa, da garantia de retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo, assegurando condições de acompanhar esses processos e também da garantia de

que serão sustentados os preceitos éticos e legais, conforme a Resolução n. 466/12, da CONEP/MS. Para preservar o anonimato, os profissionais foram identificados pelas letras que correspondem a sua profissão seguido de um número que identifica a ordem das entrevistas (“E₁”, “P₂”, “M₃”, “AS₄”).

Foi explicado aos participantes que, após a gravação das entrevistas, os depoimentos seriam transcritos de forma literal, o que foi feito, de maneira a proteger a fidedignidade dos dados. Após a etapa das entrevistas, os dados foram organizados, analisados, divulgados e publicados, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas.

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A, p. 94) que foi apresentado em duas vias, ficando uma de posse do participante deste estudo e a outra, com o pesquisador, para arquivamento, juntamente com os demais dados, os quais permanecerão sob sua guarda no período de cinco anos, no GEPEFES e, após esse prazo, serão destruídos.

Ao término deste estudo, após a defesa, serão divulgados os resultados da pesquisa através de explanação junto aos participantes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo são apresentados três artigos científicos que trazem os resultados da pesquisa realizada, a saber:

- Neste capítulo são apresentados três artigos científicos que trazem os resultados da pesquisa realizada, a saber:

- **Artigo 1** – Intitulado “Saúde mental na atenção básica: desafios para a resolutividade das ações”. Neste artigo, foram construídos três núcleos temáticos: 1) A especificidade da saúde mental como desafio para a resolutividade das ações; 2) O desafio representado pela comunicação intersetorial e gestão participativa nos serviços de saúde; e 3) A ambivalência das PTM em relação ao tratamento como desafio para a resolutividade.

- **Artigo 2** – Denominado “A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental”. Os resultados foram agrupados em três núcleos temáticos: 1) A família como aliada dos profissionais; 2) Construindo vínculos entre as famílias e os serviços de saúde; 3) A família entre o cuidado e a rejeição com a PTM.

- **Artigo 3** – Com o título: “Projeto terapêutico singular e apoio matricial: instrumentais para agregar resolutividade às ações de saúde mental”. Artigo de Reflexão.

ARTIGO 1

Saúde mental na atenção básica: desafios para a resolutividade das ações¹

Adriana Rotoli²

Mara Regina Santos da Silva³

Resumo

Objetivo: Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais para agregar resolutividade nas ações de saúde mental que desenvolvem no âmbito da Atenção Básica. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com 30 profissionais, sendo 17 enfermeiras, quatro médicos, cinco psicólogos e quatro assistentes sociais. Os dados foram coletados em três municípios da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, em abril de 2018, por meio de uma entrevista semiestruturada e depois submetidos à análise temática. **Resultados:** Se identificou que os profissionais enfrentam desafios para agregar resolutividade de ações em saúde mental na Atenção Básica, no que se refere assistir à pessoa no serviço de saúde na UBS; na organização dos serviços e participação dos gestores de saúde e na ambivalência de sentimentos destas pessoas acerca da aceitação e continuidade do tratamento dos transtornos mentais. Estes elementos comprometem a atenção às necessidades das pessoas com transtornos mentais e suas famílias no seu cotidiano, implicando na resolutividade das ações dos profissionais que atuam nos serviços de saúde da Atenção Básica. **Considerações finais:** os desafios enfrentados pelos profissionais para agregar resolutividade nas ações em saúde mental, podem ser superados com a construção de práticas compartilhadas envolvendo os

¹ Artigo derivado da tese de doutorado intitulada “Desafios da incorporação da saúde mental na atenção básica”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande- PPGEnf – FURG, 2018.

² Mestre em enfermagem, Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: rotoli@uri.edu.br.

³ Doutora em Enfermagem, Docente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, Rio Grande, Rio Grande do Sul- RS. E-mail: marare@brturbo.com.br.

profissionais, as Pessoas com Transtornos Mentais e suas famílias e como estratégia a Educação Permanente nos serviços de saúde.

Descritores: Saúde Mental. Atenção Básica. Profissionais de Saúde.

Introdução

A resolutividade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), é definida como a exigência de que quando um indivíduo busca por atendimento, ou surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até seu nível de competência.¹ É uma referência para avaliar os serviços de saúde, a partir dos resultados obtidos com o atendimento aos usuários do local, porém não é um termo absoluto, uma vez que, incorpora aspectos particulares de cada local.² Resolutividade pode ser compreendida, portanto, como uma resposta satisfatória do serviço à pessoa a qual busca atendimento para sua saúde. Essa resposta não se restringe, exclusivamente, a cura de doenças, mas, ao alívio ou redução do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde.

A resolutividade pode ser avaliada a partir de dois aspectos: no serviço de saúde, quanto à capacidade de atender à sua demanda, e no encaminhamento dos casos que necessitam de atendimento mais especializado, e se estendem desde a consulta inicial, os exames e o tratamento do usuário no serviço de Atenção Básica (AB), até a solução do problema em outros níveis de atenção.³

Na área da saúde mental, a avaliação da resolutividade de um serviço está associada à mensuração de resultados referentes ao conjunto de ações que este oferece. Envolve o conhecimento dos profissionais sobre variáveis como condições sociais, clínicas, severidades dos sintomas, assim como condições de trabalho e moradia.⁴ É a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, norteadas pelo acesso aos serviços de saúde, na transversalidade da atenção às necessidades, visando à

integralidade do cuidado e serviços de saúde organizados em seus respectivos níveis de atenção.⁵

Assim, envolve aspectos como acolher a demanda, a satisfação da pessoa em relação às suas necessidades e as tecnologias oferecidas pelo serviço para atender a complexidade do nível de atenção. Também, implica aos serviços apresentar referências especializadas, garantia de acessibilidade e disponibilizar de profissionais qualificados para acolher na adesão e acompanhar a continuidade do tratamento. Os aspectos culturais e socioeconômicos das pessoas, do mesmo modo, precisam ser levados em conta para o alcance da resolutividade quando estes aceitam ou rejeitam a patologia, incluindo as condições financeiras para subsidiar o tratamento, conforme a necessidade.⁶

Apesar dessa temática mobilizar políticas públicas em saúde, a literatura aponta que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, ainda desenvolvem um modelo, essencialmente, biomédico, com estrutura curativa, centrado na doença e arraigado ao tratamento psiquiátrico com forte medicalização, reforçando um modelo de atenção em saúde que limita ações resolutivas em saúde mental. Estes profissionais justificam este modelo de atenção pautados em sentimentos ligados à impotência, angústia e despreparo frente à execução de cuidados em saúde mental. Neste contexto, fortalecem o enfraquecimento da autonomia dos membros da equipe, dificultando a organização da assistência e comprometendo a resolutividade no contexto da ESF.⁷

Corroborando, ainda a literatura, reforçando as barreiras dos profissionais da ESF em articular a saúde mental na Atenção Básica, afirmando as impossibilidades de as pessoas com transtornos mentais serem cuidadas nestes serviços. As causas que impossibilitam são geradas por fatores relacionados, diretamente, com o campo das práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, o olhar é técnico e curativo, a pessoa com transtorno mental não é contemplada como detentora de subjetividades e autonomia. Assim, os usuários do serviço

são cuidados com ações pouco resolutivas, com atenção centrada na doença, quando poderiam receber visitas domiciliares, participar de grupos de saúde mental e do desenvolvimento do projeto terapêutico singular, entre outras ações de saúde mental, conforme o contexto de vida das pessoas e dos serviços de saúde.⁸

Noutro contexto, se evidenciou a articulação das ações de saúde mental, identificando-se ações resolutivas quando ocorre integrações entre estes serviços, com inovações das abordagens psicossociais, responsabilização da pessoa com transtorno mental, família e comunidade juntamente com as equipes de saúde. A resolutividade é evidenciada, no instante, em que os envolvidos no processo de trabalho e de cuidado, assumem, a responsabilidade para a melhoria das condições de vida e saúde no contexto individual ou na coletividade.⁹

Esta premissa é comprovada no momento em que os profissionais da ESF e do NASF interagem como equipe multidisciplinar, e emerge a necessidade de solucionar os problemas individuais e coletivos. Dessa forma, a resolutividade inspira a possibilidade de conexão de saberes, entrosamento entre membros da equipe, que valoriza sua participação no cuidado, em consequência qualifica suas ações.¹⁰

No sentido de potencializar a resolutividade em saúde mental, as ações dos profissionais necessitam estar integradas em equipes multiprofissionais, com serviços organizados em rede de atenção em saúde. Mesmo com a mudança de modelo de atenção em saúde mental, que tem a resolutividade como um dos seus princípios, o que de fato existe são serviços de saúde com dificuldades na sua organização em termos de qualificação dos profissionais. É relevante o profissional entender que a resolutividade das ações está relacionada com a capacidade de identificar e intervir nos riscos, nas necessidades e demandas de saúde da população, e com foco na solução de problemas de saúde dos usuários.¹¹

Compreende-se que, se as pessoas com transtornos mentais não são atendidas no próprio território, ou seja, não encontram resposta às suas necessidades, não é possível alcançar resolutividade. É fato que os dispositivos de base comunitária, apesar da mudança de paradigma que preconiza a atenção integral e resolutiva no território de vida das pessoas, enfrentam dificuldades e a maioria não consegue seguir as políticas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Diante essa lacuna, este estudo tem como objetivo identificar, as barreiras/desafios enfrentados pelos profissionais para agregar resolutividade nas ações de saúde mental que desenvolvem no âmbito da Atenção Básica.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com 30 profissionais, que atuam nas equipes da Saúde da Família (ESF) de três municípios da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Destes, 17 enfermeiras, quatro médicos (as), cinco psicólogos (as) e quatro assistentes sociais. Sendo 20 do sexo feminino e três do masculino, com idades entre 28 e 64 anos. O tempo de vínculo com serviço variou entre um e 30 anos, e o tempo de formação entre três e 44 anos. Com relação à formação profissional, os 30 participantes possuem especialização e seis são também mestres.

Os profissionais foram recrutados nas UBSs. Para critério de inclusão foi considerado: desenvolver suas atividades laborais, no mínimo, há seis meses na ESF. Foi adotado como critérios de exclusão aquele que se encontrava em férias ou em licença saúde. Para preservar o anonimato, os profissionais foram identificados pelas letras que correspondem a sua profissão seguido de um número que identifica a ordem das entrevistas (“E₁”, “P₂”, “M₃”, “AS₄”).

Os municípios do estudo são de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (19ª CRS/RS), a qual é composta 26 municípios, sendo que no presente estudo serão identificados com numerais (1), (2) e (3), os quais dispõem de CAPS, UPHG e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com atendimento de ESFs.

A rede de serviço de saúde do município 1, conta seis ESFs, com cobertura de 80% da população, um CAPS que atende pessoas adultas com transtornos mentais, álcool e outras drogas, possui um hospital geral que dispõe 14 leitos psiquiátricos conveniados ao SUS. O serviço de saúde do município 2 está organizado com oito ESFs com 100% de cobertura da população, um CAPS que atende toda a demanda do município, com atendimento diário de segunda à sexta-feira, um hospital geral que dispõe UPHG com dez leitos psiquiátricos conveniados ao SUS e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

O município 3 tem o serviço de AB estruturado com quatro ESFs, um CAPS que atende pessoas adultas com transtornos mentais, álcool e outras drogas, um hospital geral que dispõe Unidade de Saúde Mental com 14 leitos psiquiátricos conveniados ao SUS.

A coleta dos dados, foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, no local de atuação dos profissionais com horários, previamente, agendados, em abril de 2018. Os dados foram organizados e analisados de acordo com a análise temática¹², por meio das seguintes etapas: a pré-análise com leitura e classificação das respostas, na sequência, foram agrupadas as que obtiveram semelhança, resultando nos primeiros produtos da análise. Estes foram agrupados em núcleos maiores entendidos como as temáticas de destaque que possibilitaram

análise e síntese interpretativa para elaboração de três núcleos temáticos assim denominados: (1) A especificidade da saúde mental como desafio para a resolutividade das ações; (2) O desafio representado pela comunicação intersetorial e gestão participativa nos serviços de saúde; (3) A não adesão ao tratamento das pessoas com transtornos mentais como desafios para resolutividade.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da instituição ao qual está vinculado, recebendo a certificação N° 81977318.2.0000.5324. Em seu desenvolvimento foram respeitadas as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos.¹³

Resultados

A especificidade da saúde mental como desafio para a resolutividade das ações

Neste estudo, os profissionais referem não ter base teórica para dar sustentação as especificidades da saúde mental para resolutividade das ações com as pessoas com transtornos mentais na UBS. Referem a necessidade de conhecimentos específicos acerca de suas atribuições em saúde mental na AB, tomando como exemplo o fato de que não sabem agir frente a uma emergência psiquiátrica na UBS, ou identificar reações adversas das medicações específicas que as PTM utilizam.

[...] eu vejo que quando chega uma pessoa com transtorno mental, pensam que só a psicóloga precisa atender se for uma emergência, e gente ficam sem saber o que fazer [...] eu também sinto falta de saber mais sobre as medicações, a gente não sabe muito [...] (P₂).

Relatam, também, a necessidade de saber o que compete às equipes multiprofissionais no trabalho em saúde mental na AB e que conhecer suas competências específicas em termos de saúde mental, em uma UBS, fragiliza a organização de suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde.

[...] vamos dizer assim, nós não temos todos aqueles conhecimentos de saúde mental, é preciso saber como a equipe pode trabalhar para poder desenvolver um bom trabalho [...] então eu acho assim que os profissionais precisam ter esse respaldo, estarem se preparando, assim com uma boa bagagem pra poder atender os pacientes [...] (E₁).

[...] olha, o trabalho em equipe é difícil [...] eu vejo a questão do trabalho em equipe, muito complicado, porque quando a gente fala de saúde mental, é muito difícil de trabalhar, a resposta é sempre a mesma, a gente ainda não sabe como fazer [...] não temos um plano de trabalho aqui [...] (E₂).

Consideram que as demandas em saúde mental são complexas e que não se sentem instrumentalizados para executá-las, referindo que a Educação Permanente pode proporcionar conhecimento com abordagens que possibilitem condutas adequadas às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, conforme evidenciado nas falas a seguir.

[...] precisa de especialização ou aperfeiçoamento para todos os níveis de profissionais. A equipe precisa estar qualificada para que nós tenhamos o conhecimento para fazer a abordagem, dar o seguimento e de fato amenizar e resolver o problema dele [...] (E₁).

[...] o profissional precisa saber o manejo da doença mental, cuidados com medicação [...] porque quem tem problema mental, à família precisa saber da doença. Falta conhecimento dos profissionais [...] (M₁).

[...] todos precisam Educação Permanente [...] com conhecimento da para atender as situações, isso é importante para desenvolver o trabalho [...] aprender fazer de acordo com as necessidades do paciente a resolutividade é melhor, alcança resultados [...] (E₁₇).

Ainda, tratando-se da concepção acerca do lugar onde as pessoas com transtornos mentais podem ser atendidas, os profissionais referem que realizam os encaminhamentos para o CAPS ou para o hospital. Consideram que este tipo de encaminhamento é uma transferência de atribuição da AB, pois os profissionais não reconhecem como sua competência a atenção à estas pessoas na UBS. Realizam o encaminhamento para o que consideram como serviço especializado em saúde mental, conforme seguem as falas.

[...] temos a referência de saúde mental encaminhamentos para o CAPS, diretamente pensando em centralizar o atendimento com o acompanhamento da psiquiatria, as normas do município é encaminhar ao CAPS [...] (E₁).

[...] a necessidade de ter mais profissionais com relação à especialidade psiquiatria, aqui a gente não sabe como fazer [...] encaminha para o CAPS que é a nossa referência [...] (E₁₃).

Cabe destacar que os encaminhamentos dos 15 profissionais, da AB para o CAPS são os casos de ansiedade, depressão, esquizofrenia entre outros transtornos, e nos casos agudos de crises são encaminhados diretamente aos hospitais e posteriormente, avaliados pelos

médicos psiquiatras. Relatam que não sabem o que fazer na UBS, e compreendem que o encaminhamento para os serviços especializados pode responder às necessidades da PTM.

[...] em casos graves, vão para hospital, se estão em crise, depressivos [...] nos casos que chegam a unidade com a doença, já são do CAPS [...] a gente não sabe como fazer porque não acompanha o caso, encaminha para o CAPS que é a nossa referência [...] (E₄).

[...] se vejo que é um caso não é para mim, que é para um especialista eu encaminho para o CAPS e para o hospital [...] (M₄).

Consideram o encaminhamento como uma ação resolutiva, pois estão ofertando o que o município tem de mais especializado em saúde mental. Tal conduta revela o desconhecimento da mudança de modelo de atenção que preconiza ações em saúde mental, com atendimento na UBS com avaliação clínica do profissional, não obtendo meios para resolver o caso na UBS, realizam o encaminhamento.

O desafio representado pela comunicação intersetorial e gestão participativa nos serviços de saúde

Este núcleo temático está constituído pelas estruturas organizacionais dos serviços de saúde que comprometem a resolutividades das ações dos profissionais. Agrupa as barreiras dos profissionais frente à organização dos serviços de saúde no que tange comunicação intersetorial; e a necessidade de participação dos gestores municipais na organização dos serviços de saúde.

Cinco profissionais apontam dificuldades na comunicação entre os serviços que atendem as pessoas com transtornos mentais, resultando no desencontro de informações entre setores, o que interfere na referência e contra referência da condução do tratamento. Identificam que a comunicação destes serviços é falha em relação aos encaminhamentos relacionados à organização de documentos de auxílio doença, investigação de violência ou negligência e abandono de tratamento. Relatam que a falta de comunicação compromete o acompanhamento do tratamento destes usuários, comprometendo a resolutividade das ações em saúde mental, como pode ser evidenciado nas falas a seguir.

[...] a gestão pública estar falando a mesma linguagem [...] precisa ter uma política que trabalhe juntamente com a educação [...] o usuário de Saúde Mental não está estático, ele circula nos locais, tem outras necessidades, precisa de serviços complementares, precisa de acesso a outros serviços [...] assim, fica sem resolutividade [...] (P₁).

[...] falha da comunicação é na alta dos pacientes. Os pacientes acabam tomando antidepressivos pelo resto da vida, é muito remédio e ficam dependentes químicos de remédio [...] precisamos saber da pessoa (E₁₆).

Para sete profissionais a participação dos gestores nos serviços de saúde é considerada relevante para promover políticas municipais voltadas à saúde na integralidade da atenção e resolutividade das ações. Reconhecem que a gestão dos serviços de saúde na AB atende largos campos de especialidades, no entanto não identificam que o trabalho em saúde mental ocupe lugar nas prioridades dos gestores.

[...] sentimos a necessidade de apoio dos gestores, assim a equipe que não consegue trabalhar com a doença mental, a gente precisa de apoio [...] (E₂).

[...] necessidade de ter mais profissionais com relação à especialidade psiquiátrica [...] (E₁₃).

[...] para a rede funcionar é preciso investimentos [...] precisa ter uma política que trabalhe juntamente com a educação e outros setores da gestão [...] (P₁).

Os profissionais compreendem que os gestores municipais, incluindo prefeitos, vereadores e secretários de saúde precisam conhecer os serviços de saúde em todas as especificidades e oferecer condições em termos de qualificação profissional, de recursos humanos e materiais que são aspectos importantes para potencializar ações resolutivas no cotidiano dos serviços de saúde da AB. Os profissionais entendem que os gestores têm o poder de proporcionar condições de trabalho de acordo com a demanda dos serviços de saúde, quando exercem a capacidade legislar o município, incluindo as políticas públicas de saúde.

A não adesão ao tratamento das pessoas com transtornos mentais como desafios para resolutividade

Este núcleo está constituído pelos sentimentos e condutas das pessoas com transtornos mentais que, na percepção dos profissionais se constituem em desafios para agregar resolutividade nas ações. Os sentimentos de negação em ser portador de transtorno mental

foram identificados por dez profissionais como barreiras para as ações. Quando não há aceitação do indivíduo para realizar seu tratamento, limita o acompanhamento dos profissionais. Estas pessoas travam uma luta interna entre a necessidade de tratamento e sua aceitação, no entanto, no entendimento dos profissionais, é necessário que estas reconheçam a necessidade de realizá-lo, conforme pode ser identificado nas falas que seguem.

[...] primeira coisa, trazer o paciente para consciência de sua doença, porque não adianta dar remédio se ela não sabe de sua doença, então não tem consciência de sua doença ela não tem continuidade no tratamento [...] (M₃).

[...] uma interferência é o atendimento quinzenal, e também quando paciente não aceita a doença e falta a consulta e depois demora em fazer contato novamente, assim à gente acaba se desapropriando da história e o vínculo não fica efetivo [...] (P₁).

[...] quando o paciente não aceita, tudo vira desculpa, desde ser longe, que não tem transporte, que não tem como ir [...] quando a família não participa junto eu acho que dificulta [...] (P₁).

Os profissionais identificam que a aceitação e o conhecimento acerca do transtorno da pessoa com transtorno mental potencializam a resolutividade na atenção em saúde mental. Quando a pessoa tem seu transtorno identificado tende a esconder das pessoas que seu convívio e, em alguns casos, dos próprios familiares, por vergonha e medo de rejeição destes. Os profissionais consideram que precisam informar sobre a condução do tratamento, e que na maioria das vezes as dúvidas são em relação ao uso de medicamentos e os sintomas do transtorno.

A descontinuidade do tratamento também foi identificada por sete profissionais como barreira no que tange a resolutividade do tratamento, que compromete seu acompanhamento, resultando na recidiva dos sintomas e seu retorno para o serviço de saúde, conforme as falas a seguir:

[...] percebo a descontinuidade do tratamento, pacientes que usam uma medicação contínua, pacientes que trabalham durante o dia e não conseguem ter um acompanhamento direto. Então passa um tempo e ele retorna em uma situação ainda pior [...] (E₈).

[...] quando o paciente considera que está melhor, não faz mais o tratamento, depois de um tempo reconhece que precisa continuar e então volta para nós [...] (E₁₆).

Para os profissionais a descontinuidade do tratamento envolve alguns aspectos do cotidiano, vinculados a fatores sociais, quando realizam o tratamento para não serem reconhecidos como doentes mentais. Os fatores econômicos estão relacionados às dificuldades de manter os medicamentos não ofertados pela rede pública e na maioria dos casos estarem afastados do trabalho e perda do emprego.

[...] as pessoas têm vergonha de dizer que tem problema mental, escondem, tem vergonha, não contam para os amigos [...] o preconceito, deixa o tratamento depois volta para nós [...] (E₁₀).

[...] abandonam o tratamento pelo custo [...] então também tem a questão do benefício, tem aqueles que preferem deixar o familiar doente para continuar ganhando então fica sempre parando e tomando remédio [...] (P₅).

Outro aspecto identificado é a negligência e o abandono da família em relação ao tratamento, relacionam que se as relações familiares são frágeis, existe a tendência de não acompanhar o tratamento medicamentoso que pode desencadear em agravamento dos sintomas com internação hospitalar.

[...] a gente fica triste por que a família muitas vezes interfere e não interfere a favor, interfere contra, entende e a gente se sente às vezes meio[...] como se não tivéssemos feito nada [...] brigam em casa e não acompanham o familiar doente[...] (E₁₄).

[...] a gente precisa ter calma, porque eles já perderam o respeito entre eles e a dignidade [...] a família precisa entender que a pessoa está doente e que ela pode fazer muitas coisas, é difícil continuar o trabalho quando isso acontece [...] (P₅).

Os profissionais relacionam, ainda, a descontinuidade do tratamento ao reduzido acompanhamento dos profissionais em realizar visitas domiciliares, grupos de saúde mental, investigar junto aos Agentes Comunitários de Saúde entre outras ações de busca de informações sobre o cotidiano da pessoa com transtorno mental.

[...] eu acho que é assim [...] é questão do trabalho em rede, eu acho que é a primeira questão o trabalho em rede tem que funcionar [...] precisamos fazer mais trabalhos com as famílias, a visita domiciliar por exemplo [...] auxiliá-los, ou mesmo assim para as informações que precisam, eles vão conseguir ter uma convivência melhor com esses pacientes [...] (AS₃).

[...] eu acho que de tudo o que fizemos aqui é relevante [...], mas o vínculo com a família, precisam melhorar, nos grupos, ficar mais próximo deles [...] estão com fragilidades no

vínculo afetivo e agente está conseguindo trabalhar para fortalecer este vínculo [...] (AS₄).

O resultado deste núcleo mostrou que para as ações serem resolutivas, no que tange ao tratamento das pessoas com transtornos mentais, alguns fatores estão envolvidos como o enfrentamento das pessoas com transtornos mentais, no que se refere a aceitação do transtorno mental e o envolvimento da família. Se identificou, além disso, que os profissionais reconhecem a necessidade de realizar ações mais próximas das famílias das pessoas com transtornos mentais.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo permitem identificar que os profissionais enfrentam desafios para agregar resolutividade de ações em saúde mental na AB, no que se refere assistir à pessoa no serviço de saúde na UBS; na organização dos serviços e participação dos gestores de saúde e na ambivalência de sentimentos destas pessoas acerca da aceitação e continuidade do tratamento dos transtornos mentais. Identificou-se que tais elementos comprometem a atenção às necessidades das pessoas com transtornos mentais e suas famílias no seu cotidiano, implicando na resolutividade das ações dos profissionais que atuam nos serviços de saúde da AB.

Os desafios enfrentados no cotidiano dos profissionais para agregar a resolutividade estão relacionados às suas bases teóricas que não dão sustentação quanto as suas atribuições no âmbito da AB, relatam que se sentem inseguros para atender às PTMs desde o acolhimento na UBS até as questões mais específicas sobre o tratamento medicamentoso e psicoterápico. Tais elementos se assemelham com os resultados da pesquisa realizada na Região Sudeste do Brasil ¹⁴, a qual identificou que os profissionais descrevem fragilidade no desenvolvimento do seu trabalho, e encontram dificuldades para reconhecer o seu papel no serviço de saúde da AB, transferindo a assistência para outros serviços tais como o CAPS ou hospital.

No sentido dos profissionais se apropriarem de conhecimentos para conduzir as ações resolutivas em saúde mental na AB, entendem que a Educação Permanente potencializa o conhecimento acerca do desenvolvimento, que esta possibilita elementos para construção de práticas ainda desconhecidas. Estudos ¹⁵ identificaram em sua pesquisa que há a necessidade de investimentos em educação permanente para os profissionais, com capacitações que possibilitem a superação do atendimento que prioriza a demanda espontânea para atenção planejada na perspectiva das ações de saúde mental na atenção básica.

No presente estudo os profissionais referem não ter base teórica para dar sustentação as ações em saúde mental na AB, este resultado se aproxima aos do realizado no interior paulista⁷ com profissionais das ESFs, que apontou que estes relatam sentimentos de impotência e angústia, relacionados ao despreparo para executar ações de cuidado em saúde mental, apontaram que tais aspectos são barreiras para a efetivação do vínculo, da coparticipação e do comprometimento. Os resultados sugerem a necessidade de educação permanente no sentido de potencializar o conhecimento acerca da saúde mental, promover a autonomia dos membros da equipe e organizar a atenção no contexto da ESF.

Apesar da mudança de modelo de atenção que preconiza o atendimento no território de vida das pessoas, o presente estudo mostra que existe o desencontro entre o instituído legalmente e o realizado no cotidiano dos serviços de saúde. Os resultados deste estudo vão ao encontro da pesquisa ¹⁶ que procurou entender a inserção da saúde mental na AB, e seus resultados mostraram que o encaminhamento para outros níveis de atenção é uma prática comum dos profissionais, que não conseguem conceber atenção em saúde mental na AB. O modelo psicossocial, diferentemente do biomédico, favorece o trabalho em rede, embora seja difícil de romper com a lógica dos encaminhamentos, devido ausência de serviços organizados para prestar cuidados nas instituições¹¹.

O fazer diário dos participantes deste estudo fica reduzido em justificativas de não saber agir frente aos casos de transtorno mental e não conhecer a organização de ações com as PTMs e família, estabelecendo protocolos de encaminhamentos para outros níveis de atenção e rompendo a capacidade de contemplar a resolutividade e a integralidade na AB. Autores¹⁷, sugerem que os profissionais de saúde atuem sobre aquilo que melhora a existência das PTMs, potencializando suas habilidades com vistas ao enfrentamento das dificuldades. Todos os envolvidos no processo de trabalho em saúde mental podem conhecer as suas atribuições e reconhecer a necessidade de ações no território de vida das pessoas, evitando encaminhamentos e desenvolvendo ações em consonância com as diretrizes legais do país.

A comunicação intersetorial do presente estudo mostrou-se um desafio para promover a resolutividade de ações entre os serviços de saúde e outros que atendem as PTMs. A comunicação ineficaz entre os diversos setores dos serviços que envolvem a saúde mental comprometem a resolutividade das ações, interferindo no fluxo da referência e contra referência do tratamento. Tomando como exemplo as ações intersetoriais quando não são realizadas de forma condizentes com a necessidade, interferem no fluxo do serviço, em consequência, não alcançam resultados desejados, interferindo na resolutividade das ações. Os serviços necessitam estar organizados em rede, com propostas de ações em consonância com as UBSs, ESF, CAPS entre outros que envolvam o processo de desinstitucionalização, com trabalho interssetorial também necessita de comunicação e o trabalho de referência e contra referência¹⁸.

Os profissionais consideram relevante a participação dos gestores municipais nos serviços de saúde para promover políticas voltadas para resolutividade das ações. Diante disso, é necessário que os gestores públicos conheçam os problemas a serem enfrentados, pelos profissionais, saibam planejar, estruturar, organizar e avaliar as ações realizadas nesse processo e possam contribuir para no processo de gestão dos serviços de saúde. Neste sentido

precisam conhecer as necessidades para agregar ações com implantação de políticas, programas e projetos que sejam capazes de intervir sobre o estado de saúde da população a ser atendida. Estudo analisou a percepção dos gestores de três municípios do oeste catarinense, quanto ao papel do gestor no planejamento e na organização da rede de serviços de saúde, que identificou os gestores reconhecem a necessidade de participar do planejamento das ações dos serviços de saúde aponta que além de problemas estruturais como, a falta de recursos humanos capacitados para trabalhar resultam em baixos resultados do planejamento de saúde realizado em equipe¹⁹.

Para contrapor o presente estudo, e outros realizados no Brasil^{7-8,10, 14, 20-22}, as experiências e estratégias internacionais mostram estrutura de serviço organizado, de trabalho integrado e resolutivo. Os estudos de²⁴⁻²⁶, apontam que os profissionais tem seus papéis com definições específicas nos espaços de saúde e suas ações são voltadas, à promoção de saúde mental. Conseguem detectar na demanda espontânea dos serviços de saúde as pessoas que apresentam transtornos mentais leves para atender na prevenção de agravos. Diante da realidade pode-se fazer um comparativo com os estudos brasileiros que mostram dificuldades para atender as mesmas propostas legalmente instituídas na legislação brasileira.

Outro aspecto que compromete a resolutividade é a descontinuidade do tratamento que compromete a efetividade do mesmo, tornando-se um desafio para os profissionais acompanhar a PTM que não compreende que necessita do tratamento. Estudos brasileiros²⁷⁻²⁸ apresentam resultados semelhantes ao presente estudo no que tange a descontinuidade do tratamento, quando as PTMs não acreditam na sua necessidade, abandonam o mesmo e retornam para os serviços de saúde em situação de agravamento do transtorno. A continuidade do tratamento está vinculada ao acesso dos serviços de saúde, demonstrado que ocorre falha na comunicação entre os profissionais e a PTMs, que não compreende o seu transtorno. Os serviços de saúde precisam contar com profissionais para tratar e intervir no momento de crise

e negação do tratamento ²⁹. Entende-se neste estudo que a continuidade do tratamento está associada a fatores que relacionados à organização dos serviços de saúde e as habilidades dos profissionais para assistir a PTMs com comunicação adequada sobre a necessidade de continuidade do mesmo.

Considerações finais

No presente estudo identificou-se que os profissionais reconhecem não terem base teórica para dar sustentação aos atendimentos que realizam com as PTMs na UBS. Entendem que o encaminhamento para o CAPS ou hospital é a conduta adequada para assistência em saúde mental na AB. No entanto, os profissionais necessitam conduzir as equipes de saúde para atender as diretrizes da ESF, que tem o propósito de serem implantadas em território adscrito para potencializar ações integras e resolutivas. A busca pelo conhecimento das especificidades em saúde mental precisa ser trabalhada no cotidiano dos serviços de saúde, Educação Permanente, aperfeiçoamentos e especializações acerca da saúde mental.

A comunicação ineficaz entre os serviços que integram ações em saúde mental compromete o fluxo do trabalho de referência e contra referência do tratamento. Entende-se que quando não acontece a lógica de atendimento conforme a pessoa necessita pode ocorrer o abandono do tratamento, o que implica em falha na integralidade das ações e insuficiente resolutividade na atenção à PTM. A comunicação entre os profissionais que assistem as PTM necessita acontecer na transversalidade do tratamento, em que todos os envolvidos tenham o conhecimento do mesmo, sendo estes os profissionais da rede de serviços e familiares das PTMs.

Identificou-se a partir dos discursos dos profissionais, os desafios para resolutividade das ações com as PTMs quando estas não acreditam estar doentes e não aceitam o tratamento, aspecto que pode interferir no processo de adesão e/ou continuidade do mesmo devido às exclusões que sofrem no seu cotidiano. Não há de negar que o estigma com a doença mental

é um processo histórico e social da humanidade, e neste estudo mostrou-se como um desafio no cotidiano dos profissionais no serviço da AB. Diante disso, há necessidade de buscar significados de construção de identidades, com práticas compartilhadas entre os profissionais e PTMs para enfrentar os desafios identificados no cotidiano, reduzindo sofrimento para aceitação e continuidade do tratamento do transtorno mental.

A identificação dos desafios enfrentados pelos profissionais para agregar a resolutividade de suas ações, ou em virtude deles não as realizam, possibilita a ampliação de discussões sobre como os profissionais e serviços de saúde estão organizados para atender as PTMs, demonstrando que há necessidade de ações que potencializem a resolutividade na atenção em saúde mental na AB. Diante disso há necessidade de promover maiores investigações acerca dos desafios que os profissionais encontram para agregar a resolutividade em saúde mental na AB.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Brasília, DF, 1990. [acesso em 11 ago 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
2. Rosa RB, Pelegrini AH, Lima MADDS. (2011). Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2011[acesso em 13 ago 2018]; 32(2):345-351. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>.
3. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saúde Pública [internet]. 2008 [acesso em 11 ago 2018]; 24(3):663-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>.
4. Amaral CEM, Moreira CP. Análise dos efeitos do apoio matricial em Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia. In: Nunes M, Landim FLP. Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano. Salvador: EDUFBA; 2016.
5. Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. Cienc Saude Coletiva [internet]. 2014 [acesso em 11 ago 2018]; 19(2):383-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.20102012>.

6. Santos TVC, Penna CMM. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. *Pensar Acadêmico*. 2015 [acesso em 12 ago 2018]; 12(1):98-108. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/213>.
7. Santana TFMC; Pereira MAO. A organização do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF). *Rev. Simbio-Logias*. 2013 [acesso em 12 ago 2018]; 6(8):111-116. Disponível em: http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/a_organizacao_do_cuidado_em_saude_mental_na_estrategia.pdf> Acesso em: 06/08/2018
8. Moliner JD, Lopes SMB. (2013). Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde Soc*. 2013 [acesso em 20 ago 2018]; 22(4):1072-108. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400010>.
9. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio, HADC. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 [acesso em 15 ago 2018]; 17(3):653-660. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>.
10. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula MLD, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em Debate*. 2014 [acesso em 12 ago 2018]; 38(103):733-743. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>.
11. Campos GWS. Saúde Mental e Atenção Primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In: Nunes M, Landim FLP. *Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano*. Salvador: EDUFBA; 2016.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS/MS 466/2012 [internet]. Brasília, DF; 2012. [acesso 13 ago 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
14. Cavalcanti PCS, Oliveira RMP, Caccavo PV, Porto IS. O cuidado de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc, Cuid. Saúde*. 2014 [acesso em 15 ago 2018] 13(1):111-119. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i1.19458>.
15. MERCES, A. M. F. et al. Práticas de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, Vol. 20, n. 2, 2015. p. 417-425. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/38560>
16. Gryscek G; Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2015 [acesso em 15 ago 2018]; 20(10):3255-3262. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>.

17. Kinoshita RT, Barreiros CA, Schorn MC, Mota TD, Tino AT. Cuidado em saúde mental: da sofrimento à feleicidade. In: Nunes M, Landim FLP. Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano. In Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016.
18. Trad LAB, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Carvalho LC. Família e Cuidado em Saúde Mental no Brasil: corresponsabilidade e desafios tecnológicos na desinstitucionalização. In: Nunes M, Landim FLP. Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano. Salvador: EDUFBA; 2016.
19. Ferreira J, Baseggio L, Madureira VSF, Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?. Saúde Soc. 2018 [acesso em 07 ago 2018]; 7(1):69-79. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n1/1984-0470-sausoc-27-01-69.pdf
20. Angelini CR, Caccia-Bava MCG. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015 [acesso em 07 ago 2018]; 10(36):1-9. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1033>.
21. Aosani TR, Nunes KG. (2013). A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. Rev. Psicol. Saúde. 2013 [acesso em 20 ago 2018]; 5(2):71-80. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a02.pdf>.
22. Pinho LBD, Rodrigues J, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF. (2012). Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. Rev. eletrônica enferm. 2012 [acesso em 15 ago de2018]; 14(1):25-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a03.htm>.
23. Leal BM, De Antoni C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Aletheia. 2013 [acesso em 15 ago 2018]; (40):87-101. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3344/2484>.
24. Junqueira AMG, Carniel IC. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. Revista da SPAGESP. 2012 [acesso em 23 ago 2018]; 13(2):12-22. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200003.
25. Furlan PM, Rosa M, Moncalvo M, Caporale D, Matrone L, Olanda I et al. Os centros de saúde mental na Itália. Journal of Nursing and Health. 2012 [acesso em 23 ago 2018]; 2:199-206. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v2i0.3494>.
26. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Nurses’ performance on primary care in the National Health Service in England. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [acesso em 14 ago 2018]; 69(1):169-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>.
27. Machado V, Santos MA. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. Psicol. estud. [online]. 2013 [acesso em 14 ago 2018]; 18(4):701-712. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000400012>.

28. Lima MEA. Saúde mental e trabalho: limites, desafios, obstáculos e perspectivas. Cad. psicol. soc. trab. [online]. 2013 [acesso em 25 ago 2018]; 6:91-98. Disponível em: **http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-37172013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=pt**.

29. Jorge MAS, Carvalho MCA, Silva PRF. Políticas e Cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014.

ARTIGO 2

A FAMÍLIA NO PROCESSO DE REINserÇÃO SOCIAL DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: percepção dos profissionais da atenção básica⁴

Adriana Rotoli⁵

Mara Regina Santos da Silva⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca do papel da família no processo de reinserção social das pessoas com transtornos mentais. **Método:** estudo qualitativo, realizado com 17 (dezessete) enfermeiras, quatro médicos (as), cinco psicólogos (as) e quatro assistentes sociais, totalizando 30 (trinta) profissionais que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família dos municípios gaúchos na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no mês de abril de 2018, utilizando a entrevista semiestruturada e após submetidos à análise temática. Os **resultados** estão agrupados em três núcleos temáticos: (1) A família como aliada dos profissionais; (2) Construindo vínculos entre as famílias e os serviços de saúde; (3) A família entre o cuidado e a rejeição com à PTM. **Considerações finais:** o conjunto de resultados deste estudo mostra que atuar juntamente com a família requer do profissional a compreensão dos conceitos e referências construídas sobre ela e direcionar as ações para as necessidades específicas de cada uma delas.

Descritores: Saúde Mental. Família. Desinstitucionalização. Profissionais de Saúde.

INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde mental, o debate acerca da inserção da família no cuidado da pessoa com transtorno mental (PTM) adquiriu relevância a partir do momento que o modelo de atenção rompe com a lógica asilar e passa pelo reconhecimento da atenção no território de vida das pessoas. Nesse contexto, a família é solicitada a assumir o lugar de cuidadora, com a corresponsabilidade dos profissionais e dos serviços de saúde¹.

⁴Artigo derivado da tese de doutorado intitulada “Desafios da incorporação da saúde mental na atenção básica”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande- PPGEnf – FURG, 2018.

⁵ Mestre em enfermagem, Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: rotoli@uri.edu.br.

⁶Doutora em Enfermagem, Docente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, Rio Grande, Rio Grande do Sul- RS. E-mail: marare@brturbo.com.br.

Na trajetória brasileira do processo que reconfigura esse modelo de atenção é instituída em 2001 a Lei Federal Nº 10.216, que garante os direitos e a proteção das PTMs e define novos rumos para a assistência em saúde mental. Até então, a assistência centrada no manicômio e ancorada no indivíduo, muda sua ênfase para o psicossocial comunitário, tendo como diretriz o atendimento da pessoa no seu território de vida com sua família e comunidade, integrando e compreendendo seu cotidiano².

Dois anos depois, a Lei Nº 10.708, de 31/07/2003, instituiu o Programa “De volta para casa”, o qual prevê **auxílio-reabilitação psicossocial** para suporte financeiro à reintegração social de usuários acometidos de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência. Esse programa consiste em uma ação articulada aos processos de reabilitação psicossocial e ao Sistema Único de Assistência Social, com vistas a garantir a efetiva assistência, participação e inclusão social³.

A família passa, então, a ocupar lugar de destaque no processo de reinserção da PTM, tanto no seu seio quanto na sociedade, fortalecendo o cuidado em liberdade. Concomitante, as equipes de saúde precisam proporcionar à família, no mínimo, acesso ao conhecimento sobre o transtorno mental com orientações que possam proporcionar segurança na condução do cuidado da PTM no domicílio⁴.

Para dimensionar a repercussão que a mudança de modelo de atenção provoca, é preciso levar em consideração que historicamente a família foi excluída do tratamento em saúde mental, seja pela sobrecarga emocional e física que a responsabilidade pelo cuidado lhe acarreta, ou por ser considerada uma influência negativa para a PTM. Nos dias de hoje, a família está diante de um papel relevante, necessitando não só reaprender a conviver com a PTM, como também conhecer e apreender os fundamentos que garantem a produção do cuidado de uma pessoa com transtorno mental no seu meio e na comunidade⁵.

Sem dúvida, a família é um grupo que, potencialmente, pode favorecer a saúde e o desenvolvimento de seus membros. Quando ela consegue constituir-se como um espaço de cuidado, possibilita que seus membros desenvolvam o sentido de autonomia e estabeleçam vínculos que respondam positivamente às suas demandas, embora esta não seja uma tarefa que consiga realizar de forma isolada. Para desempenhar esse papel, a família precisa da ajuda de inúmeras estruturas de apoio de seu entorno. De forma análoga, quando se trata do processo de reinserção social de um de seus membros com transtorno mental, a família precisa estar amparada para conseguir responder às especificidades dos cuidados requeridos.

O desempenho desse papel é, via de regra, sustentado nas interações cotidianas que a família estabelece em diferentes níveis de seu contexto de vida, quando há trocas entre quem cuida e quem é cuidado⁶. No entanto, estudos^{4,7} evidenciam que a ressocialização da PTM ainda encontra algumas barreiras para reconstruir vínculo com as pessoas do seu convívio. Frente ao diagnóstico de transtorno mental do seu familiar, os demais membros de uma família reconhecem emoções negativas quanto à aceitação deste, quando entendem que a doença mental é incapacitante, com tratamento para toda vida. A dificuldade de aceitar seu familiar com transtorno mental conduz o(s) cuidador(es) a ações com impaciência, culpa, preocupação, medo do prognóstico, cansaço físico, mental e revolta por ter que assumir cuidados elementares à PTM por tempo indeterminado. Ainda, o convívio com a PTM pode provocar nos familiares, prejuízos financeiros, estresse e sobrecarga emocional, exclusão social e familiar.

Por essas razões, é fundamental que os profissionais de saúde que prestam assistência a PTM e sua família possam compreender a situação dessas famílias e desenvolvam estratégias para proporcionar o apoio, a orientação e os esclarecimentos que a família necessita para sentir-se participante ativa no cuidado. Atuar sob a ótica do modelo psicossocial com ênfase no território de vida das pessoas, requer dos profissionais inovação e atuação com capacidade inventiva, dialogando e interagindo com os saberes comunitários e familiares, realizando interlocução entre os conhecimentos científicos e populares¹. A inovação tecnológica em saúde mental reitera o cuidado pautado na recuperação e reabilitação psicossocial, com práticas que considerem a alteridade e a singularidade da PTM⁸.

Assim, é preciso considerar que embora exista, no Brasil, um arcabouço legal que regulamenta a saúde mental no país, ainda é longa a distância entre o modelo de reestruturação da assistência em saúde mental proposto e as ações desenvolvidas especificamente no âmbito da Atenção Básica. Um dos primeiros passos para modificar essa situação seria desvendar os inúmeros fatores que podem estar sustentando esse distanciamento.

Segundo a literatura, dentre esses fatores estão as concepções arraigadas sobre a doença mental, as quais determinam a maneira como a sociedade se relaciona com essas pessoas e suas famílias. Por extensão, estas concepções moldam as interações entre os profissionais e as famílias e orientam a organização dos serviços de saúde. São, portanto,

importantes desafios que precisam ser superados para que, de fato, a assistência em saúde mental possa assumir seu lugar na atenção básica.

Face ao exposto, este estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca do papel da família no processo de reinserção social das pessoas com transtornos mentais.

MÉTODO

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo realizado com profissionais que atuam na Rede de Atenção Básica de três municípios de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul, Brasil. Estes municípios estão localizados na região noroeste do estado gaúcho, e foram identificados neste estudo como Municípios 1, 2 e 3 (M1, M2 e M3). Todos contam com Hospitais municipais com Unidades Psiquiátricas de Hospitais Gerais (UPHG), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) com atendimento de Estratégias de Saúde da Família (ESFs).

M1 conta com um hospital geral que dispõe UPHG com 14 leitos psiquiátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS); seis ESFs que atendem apenas a população urbana do município com cobertura de 80 % da população; um CAPS que atende pessoas adultas com transtornos mentais e a demanda de álcool e outras drogas. M2 tem oito ESFs com 100% de cobertura; um CAPS que atende toda a demanda do município; um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); e um hospital geral com UPHG com dez leitos psiquiátricos conveniados ao SUS. M3 tem quatro ESFs; um CAPS que atende a demanda de todo o município; e um hospital geral que dispõe UPHG com 14 leitos psiquiátricos conveniados ao SUS.

Um total de 30 (trinta) profissionais que atuam na Rede de Atenção Básica participaram do estudo, sendo 17 (dezessete) enfermeiras, quatro médicos (as), cinco psicólogos (as) e quatro assistentes sociais. Foi utilizado como critério de inclusão no estudo, o profissional estar atuando na ESF há no mínimo seis meses. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias ou em licença saúde no período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada em abril 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas com horários previamente agendados. Para preservar o anonimato, os

profissionais foram identificados pelas letras que correspondem a sua profissão, E (enfermeiro), M (médico), P (psicólogo) e AS (assistente social), seguidas do número que identifica a ordem das entrevistas, como segue o exemplo: (E₁, P₂, M₃, AS₄... E₁₇).

Os dados foram submetidos à análise temática⁹, seguindo os passos da pré-análise, na qual foi realizada a leitura e classificação dos conteúdos obtidos nas entrevistas. Após, as falas dos participantes foram agrupadas por semelhanças de respostas, resultando em agrupamentos maiores que possibilitaram a interpretação e a síntese apresentada em três núcleos temáticos que receberam as denominações: (1) A família como aliada dos profissionais nas ações com as PTMs; (2) Construindo vínculos entre as famílias e os serviços de saúde; (3) O confronto da família entre o cuidado e a rejeição com a PTM.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rio Grande - FURG, com registro sob o número 12/2018 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética sob o número 81977318.2.0000.5324.

RESULTADOS

Dos 30 (trinta) participantes do estudo, 27 (vinte e sete) eram do sexo feminino e três do masculino. A faixa etária variou entre 28 (vinte e oito) e 64 (sessenta e quatro) anos. O tempo de vinculação ao serviço ficou situado entre um (1) e 30 (trinta anos) e o tempo de formação entre três (3) e 44 (quarenta e quatro anos). Com relação à formação profissional, todos possuem especialização e seis (6) também são mestres.

A família como aliada dos profissionais

Os profissionais descrevem a família como a principal aliada na condução do tratamento da PTM. Realizam ações em conjunto com a família que inicia no acolhimento, com seguimento no atendimento incluindo a PTM, na UBS, até continuidade do tratamento no domicílio. As ações integradas envolvem grupos de saúde, visitas domiciliares e atendimentos individuais com a família.

Referiram, também, que a família agrega valor ao cuidado quando participa da terapêutica da PTM e assim possibilita resultados positivos no acompanhamento do tratamento. Entendem que a família precisa estar integrada no processo de cuidado e

participar de forma ativa de todas as formas de tratamento com o intuito de possibilitar a continuidade da assistência no seu domicílio, como pode ser identificado nas falas que seguem.

[...] a família é o fator mais importante, precisa saber o manejo da doença mental, cuidados com medicação, porque quem tem problema mental na família precisa saber da doença para cuidar [...] (M₁).

[...] a base é a família, ela quer ver seu familiar recuperado, precisa fazer parte do tratamento, então aqui é saúde/família/medicação/psicoterapia/terapia de grupo e acolhimento. A família ajuda muito [...] (E₁₇).

Os profissionais consideram que as famílias são comprometidas com a saúde do seu familiar, adentram e interagem no decorrer do tratamento, participam de grupos de saúde mental e acompanham as consultas médicas ou psicológicas. Identificaram a necessidade de construir alianças com a família, com trocas constantes de experiências para agregar ações relevantes para o tratamento, como pode ser identificado nas falas.

[...] isso que eu falo, da família pegar junto o problema, se comprometer, incentivar esse paciente a buscar auxílio a buscar ajuda e participar do tratamento, assim tem bom resultado [...] (P₄).

[...] temos sempre a inclusão da família, que precisamos fazer este elo, considerando que ele vive com uma família [...] (E₁₁).

Os profissionais consideram majoritariamente que a família coopera com o tratamento, e consegue gerenciar a continuidade deste no domicílio. Entendem que necessitam valorizar as experiências do familiar, quando fornecem informações relevantes para a equipe multiprofissional desenvolver formas de apoio para quem cuida. Identificam que as famílias que apresentam reciprocidade com os profissionais na condução do tratamento e os resultados são positivos no transcorrer do mesmo.

Construindo vínculos entre as famílias e os serviços de saúde

Os profissionais referiram dificuldades para acolher a família e atender as necessidades que ela manifesta. Os profissionais consideram que as PTMs precisam ser

atendidas com agendamento, que precisam preparar e organizar o encontro, com comunicação de acolhimento, no entanto os atendimentos ficam reduzidos a consulta médica e a busca de medicamentos, como pode ser identificado nas falas a seguir.

[...] a falta de tempo, as fichas são todas lotadas e o posto sempre cheio de gente consultando e a gente não consegue dar conta de tudo e o paciente com doença mental precisa de tempo para conversar, precisa de um horário agendado e tempo para ouvir os familiares [...] também precisa de tempo para reunir a equipe para ver o que vai fazer [...] (M₃).

[...] é difícil convencer o familiar que é importante cuidar, eles esperam muito de nós [...] é preciso apoiar a família para eles poder ajudar no tratamento do familiar que está doente [...] (E₁₀).

Ao mesmo tempo, esses profissionais identificam que a família busca no serviço de saúde ajuda para conduzir o cuidado no domicílio e visualizam nas orientações dos profissionais a possibilidade de obter respostas as suas inquietações acerca da doença do familiar. Por essa razão, identificam a necessidade de fortalecer as relações com as famílias e promover maior interlocução entre os serviços de saúde, ou seja, ir ao encontro das necessidades que as famílias buscam.

[...] eu falo sempre, da família pegar junto o problema, a família se comprometer [...] nos precisamos nos aproximar da família [...] a família do paciente vem buscar auxílio, ajuda [...] (P₃).

[...] a gente precisa ajudar as famílias, que eles têm suas limitações, mas tem capacidade de fazer muitas coisas, mostrar que é importante a interação com a unidade de saúde [...] mas depende de nós [...] (P₃).

Outro fator identificado pelos profissionais é a necessidade das famílias identificarem que o serviço de saúde pode organizar ações de promoção de trabalho e renda, com disposição de oficinas de artes, oferta de cursos profissionalizantes e outras atividades que abrangesse a PTM e sua família, como forma de inseri-los nos meios sociais com participação ativa na sociedade e como forma de adquirir renda financeira para subsidiar suas despesas, conforme as falas a seguir.

[...] necessidade grupo de trabalho com alguma arte, essas ações em grupo que o paciente na saúde mental tem bem mais eficácia quando trabalham em grupo [...] (P₃).

[...] eles tem limitações, mas também capacidade de fazer muitas coisas, a gente precisa ajudar as famílias para incluir eles na sociedade, um emprego e uma função na família também, mostrar a importância da interação com a comunidade e não o isolamento como era antigamente [...] (P₄).

Os profissionais consideram que a família reconhece as capacidades da PTM para desenvolver trabalhos e entendem que este pode ampliar o convívio social reabilitador. Os profissionais identificam que o trabalho pode dar sentido às relações, contribuindo para a estruturação da vida da PTM, e recuperar a autoestima. A reinserção ao trabalho também é identificada como fonte de renda para manutenção do tratamento e de possibilitar melhores condições de vida em termos de alimentação, habitação e lazer.

A família entre o cuidado e a rejeição à PTM

Neste núcleo temático estão agrupadas as questões relacionadas a reduzida aceitação da família em assumir uma PTM na sua casa, correspondendo negativamente na condução do tratamento, implicando em negligência e abandono do mesmo. A família exerce influências no cuidado das PTMs nem sempre positivas, especialmente quando não consegue compreender o tratamento e rejeita a condição de seu familiar apresentar transtorno mental.

Identificam que a família encontra dificuldades para aceitar que seu familiar está com uma doença culturalmente permeada de preconceitos e estigmas e procuram esconder sua condição. Relatam que a família nega a existência da doença mental, que esta apresenta dificuldades para conduzir o cuidado com a PTM, como pode ser identificado nas falas que seguem.

[...] a família não entende, é difícil quando alguém está doente, é um peso para a família, todos querem se ver livre. As pessoas tem vergonha de ter alguém com problemas mentais em sua família [...] (E₁₂).

[...] percebo a dificuldade da família com a aceitação da doença mental e conseguir lidar com esta pessoa, quando surge, eles não sabem como lidar com este sofrimento [...] (P₃).

[...] acho um pouco desse mito da pessoa louca, da pessoa com transtorno mental ser aquela pessoa isolada tanto pelo estigma da sociedade e da própria família [...] (E₁₂).

Neste contexto, a relação hostil da família diante da situação de doença do familiar, foi identificada e relacionada à descontinuidade do tratamento. Relatam que este domínio impregnado de concepções negativas quanto ao cuidado necessário de um familiar com transtorno mental, conduz à negligência e abandono da PTM, como pode ser identificado nos fragmentos das falas que seguem.

[...] eu acho que as famílias são todas doentes junto com a pessoa com transtorno mental [...] a família não percebe que estão doentes, não colaboram, assim, é difícil continuar o trabalho (P₅).

[...] é difícil convencer o familiar que é importante tratar e cuidar. A família entende que o paciente tem que ficar dopado e internado [...] quando alguém está doente é um peso para a família, todos querem se ver livre [...] (E₁₀).

[...] é importante a família entender da doença também para poder ajudar. Acredito [...] se houvesse maior entendimento dos familiares com famílias mais unidas, o paciente conseguiria ter uma qualidade de vida melhor e até diminuir a medicação, e ficar somente com aquela que realmente precisa. Mas a família quer o paciente dormindo [...] (E₁₂).

A internação hospitalar foi identificada pelos profissionais como consequência da família não cuidar da PTM no domicílio, não acompanhar o uso de medicamentos, não conduzir a PTM à psicoterapia e aos grupos de saúde mental. Consideram, nestes casos, que o hospital pode oferecer o melhor cuidado ao seu familiar.

DISCUSSÃO

No presente estudo, percebeu-se que as famílias visualizam seu papel reabilitador, quando cooperam com o cuidado, dando seguimento ao tratamento do seu familiar no domicílio. Este estudo corrobora com a pesquisa¹⁰ realizada com profissionais de ESFs e CAPS de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul que mostrou que é possível realizar ações com as famílias, com visitas domiciliares, participação de grupos de familiares. Tais ações no cuidado da PTM são efetivas quando a família compreende a complexidade das ações e as realizam conforme as orientações dos profissionais.

O prosseguimento de ações dotadas de cuidado no domicílio garante a continuidade de do tratamento, tornado a família gerenciadora do cuidado, este protagonismo tem sido

sinônimo de afeto e proximidade, na busca pela autonomia da PTM, bem como de sua cidadania e reinserção social⁶. Tais afirmações convergem com o presente estudo que identifica que a família agrega valor ao tratamento e valorizam sua integração no processo do cuidar, com participação ativa no cuidado realizado com a PTM. No momento em que a família se reintegra do processo do cuidar, em corresponsabilidade com os profissionais do serviço de saúde, o tratamento apresenta resultados positivos e promover a reinserção social.

Quanto à organização dos serviços de saúde o presente estudo identificou que esta interfere na reinserção social da PTM devido à reduzida oferta de serviços que a promovam, ações de acesso ao trabalho e renda. Estudo¹¹ realizado em 2011 identifica o trabalho, agregando sentido às relações, referem que o este contribui para a estruturação da identidade produzindo significado à vida da PTM. A família possui a capacidade de conhecer as fragilidades e capacidades da PTM, assim consegue oferecer espaços que possibilitem o convívio social reabilitador.

A reinserção social da PTM está relacionada com a possibilidade de reatar vínculos e o convívio do indivíduo com seus familiares e demais espaços sociais, por meio da participação e ocupação de ambientes de lazer, trabalho, dentre outros¹². A lógica da reinserção social requer o entendimento da família, da sociedade e dos profissionais no que tange a mudança de modelo manicomial para o psicossocial, compreendendo que este apresenta suas características próprias nem sempre compreendidas.

Estudos^{1,13-14} traduzem que a assistência prestada pelos profissionais está focada na clínica da PTM e realizada apenas na UBS, não contemplando o acompanhamento da família. Os resultados do presente estudo convergem com os estudos relatados, ao identificar que as ações dos profissionais são desencontradas com as necessidades da família, que os serviços de saúde não estão organizados para o atendimento da PTM, com impedimentos de assistência justificados pela falta de profissionais para atender na UBS, desconhecimento de ações que podem ser realizadas com as famílias e PTMs.

No que tange as interferências da família, os profissionais do presente estudo identificaram que esta apresenta dificuldade para aceitar que seu familiar é PTM, entendem que a partir da rejeição, automaticamente não assume a responsabilidade conjunta com o familiar e não seguem as orientações dos profissionais. No sentido de qualificar a família sobre o tratamento da PTM, estudo⁷ traduz que é importante que aquele que cuida aceite as limitações e singularidades do seu familiar, bem como os profissionais precisam oferecer rede

de atenção estruturada em rede de serviços, que ofereça esclarecimentos, compartilhando responsabilidades e destinando o suporte adequado às necessidades que a família deseja atender.

Pesquisa¹⁵ realizada em um serviço de saúde mental da cidade de São Paulo-SP com familiares de PTMs identificaram nos relatos dos participantes que a doença mental na família é traduzida de preconceitos, com afastamento de pessoas amigas e parentes do seu convívio. Vindo ao encontro da pesquisa, este estudo aproxima resultados no que tange o sofrimento das famílias em relação aos preconceitos e rejeições que sofrem no contexto familiar e social. Relatam que a família tem dificuldades para aceitar uma doença que culturalmente é concebida de preconceitos e estigmas, procuram esconder de amigos e da comunidade. É essencial que a família se sensibilize da importância do cuidado com a PTM e de sua participação no acompanhamento do tratamento do familiar e consiga compreender e aceitar algumas dificuldades, trabalhando a rejeição, o estigma e o preconceito⁴.

Estudo realizado com familiares de PTMs de um serviço de saúde mental¹⁶, na região oeste do Estado do Paraná identificou resultados que convergem como presente estudo ao que se refere à dificuldade de aceitar que seu familiar é portador de um transtorno mental. Corroborando com os autores, a família sente a necessidade de conhecer o processo de adoecimento para aceitar e posteriormente cuidar. O presente estudo identificou que os profissionais necessitam destinar suporte à família para o cuidado no domicílio, promovendo estratégias de compreensão do transtorno mental que conduza a aceitação que seu familiar é portador e necessita conviver juntamente com a família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se que os profissionais compreendem a relevância da participação da família no tratamento da PTM e, as tem como aliada na corresponsabilização do cuidado. Entendido que mesmo em condições que nem sempre favoreçam o trabalho com as famílias, um número expressivo de profissionais consegue realizar ações no seu contexto do serviço de saúde e do domicílio.

A família apresenta dificuldades para aceitação da doença mental de seu familiar, a partir disso não assume a responsabilidade em conjunto com os profissionais na atenção à PTM. Este aspecto pode estar ligado ao estigma que a família tem concebido sobre a pessoa “louca”,

que não consegue mais trabalhar, que pode se suicidar, entre outras características e situações que o familiar identifica como um problema difícil de ser resolvido. Neste aspecto os profissionais, precisam utilizar estratégias para acolher e se responsabilizar com a PTM e sua família, identificando a necessidade de integração das ações em saúde, visto que o transtorno mental representa um sofrimento subjetivo. Estas propostas de intervenção favorecem o a integralidade em saúde mental, proporcionando uma convergência de saberes e práticas.

Em relação à organização dos serviços de saúde, o estudo mostra que os profissionais encontram dificuldades para atender as famílias, devido à falta de tempo para realização das ações com as mesmas. Tais dificuldades podem ser superadas por meio do apoio, do fortalecimento da família pelos profissionais de saúde, que a partir de ações integrais contribuem no cuidado e no enfrentamento de problemas do seu cotidiano. Compete aos serviços organizar ações que de fato consigam atender a família e viabilizar ações de promoção de trabalho e renda que possibilitam melhorar a autoestima e promover relações familiares e sociais inclusivas e reabilitadoras. Diante de tais elementos entende-se a relevância de realizar investigações acerca das vivências das famílias com PTMs na condução da desinstitucionalização e reinserção social. Visto que as famílias precisam compreender a sua relação com o cuidado domiciliar e não mais institucional.

REFERÊNCIAS

1. Trad LAB, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Carvalho LC. Família e Cuidado em Saúde Mental no Brasil: corresponsabilidade e desafios tecnológicos na desinstitucionalização. In: Nunes M, Landim FLP. Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano. Salvador: EDUFBA; 2016.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da saúde; 2005.
3. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações [internet]. Brasília, DF; 2003. [acesso 13 ago 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm.
4. Costa GM, Pessôa CKL, Soares CA, Rocha SAM. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. Cadernos ESP. 2015 [acesso em 12 ago 2018]; 8(1):41. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/viewFile/169/88>.

5. Santos DVS, Rosa LCS. Reforma Psiquiátrica, famílias e estratégias de cuidado: uma análise sobre o cárcere privado na saúde mental. *Libertas* [online]. 2017 [acesso em 16 ago 2018]; 16(2):25-36. Disponível em: <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/304>.
6. Olshowsky A, Lavall E, Camatta MW. Família e o cuidado em saúde mental. In: Marcolan, JF, Castro RCB. *Enfermagem em Saúde mental e psiquiatria: desafios e possibilidade do novo*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. P 299-316.
7. Nascimento KCD, Kolhs M, Mella S, Berra E, Olschowsky A, Guimarães AN. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2016 [acesso em 09 ago 2018]; 10(3):940-948. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201601>.
8. Bosi MLM, Carvalho LB, Sobreira MAA, Ximenes VM, Liberato MTC, Godoy MGC. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. *Physis* [online]. 2011 [acesso em 20 ago 2018]; 21(4):1231-1252. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400004>.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Linassi J, Strassburger D, Sartori M, Zardin MV, Righi LB. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. *Revista Contexto & Saúde*. 2013 [acesso em 16 ago 2018]; 11(20), 425-434. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1561>.
11. Filizola CLA, Teixeira IMC, Milioni DB, Pavarini SCI. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011 [acesso em 20 ago 2018]; 45(2):418-425. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200017>.
12. Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis* [online]. 2013 [acesso em 09 ago 2018]; 23(1):13-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100002>.
13. Estevam MC, Marcon SS, Antonio MM, Munari DB, Waidman MAP. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 [acesso em 16 ago 2018]; 45(3):679-686. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300019>.
14. Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, Severo AK. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis* [online]. 2010 [acesso em 16 ago 2018]; 20(4):1209-1226. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>.
15. Covelo BSR, Badaró-Moreira MI. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015 [acesso em 13 ago 2018]; 19(55):1133-1144. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0472>.

16. Almeida ACMCH, Felipes L, Dal Pozzo VC. O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2011 [acesso em 13 ago 2018]; (6):40-47. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000200007.

ARTIGO 3

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E APOIO MATRICIAL: instrumentais para agregar resolutividade às ações de saúde mental

Adriana Rotoli⁷;

Mara Regina Santos da Silva⁸

RESUMO: Objetivou-se refletir acerca do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Apoio Matricial (AM) como instrumentais para agregar resolutividade nas ações em saúde mental desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS). Trata-se de uma reflexão teórica que tem por base os conceitos de resolutividade, apoio matricial, PTS e a interrelação entre eles. Para embasar esta reflexão foram utilizados artigos completos, disponíveis online e publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola no período de 2008 a 2018, acessados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Literatura; Latina Americana e Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); e Scientific Electronic Library Online (Scielo), além de documentos oficiais como Políticas e manuais do Ministério da Saúde relacionados com o tema. Resultados: Destaca-se que o PTS pode potencializar a resolutividade a partir da organização da equipe de referência que realiza o atendimento diferenciado e singularizado das demandas dos usuários, enquanto que o AM promove apoio aos profissionais com vistas à superação do modelo biológico centrado na doença. Considerações finais: Considera-se que a consolidação do modelo de atenção psicossocial pode ser viabilizada com o AM e construção do PTS, garantindo assim a resolutividade do cuidado em saúde mental.

Descritores: Projeto Terapêutico Singular; Apoio Matricial; Atenção Primária à Saúde, Resolutividade.

INTRODUÇÃO

A resolutividade refere-se à capacidade das equipes em reconhecer as necessidades locais de saúde e ofertar ações para supri-las(2). É definida como a exigência de que, quando

⁷ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf-FURG. Docente do curso de enfermagem e Coordenadora da Área de Conhecimento de Ciências da Saúde URI/FW.

⁸ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf-FURG).

um indivíduo busca por atendimento o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até seu nível de competência(3). É, pois, o produto do encontro entre as necessidades dos usuários e o atendimento disponibilizado pelo local (4).

A resolutividade envolve diferentes aspectos, tais como: acolher a demanda; a satisfação do cliente; as tecnologias que o serviço oferece; a organização do serviço com referências especializadas; a acessibilidade dos serviços de saúde; a formação de profissionais qualificados para atender os serviços de saúde; atendimento das necessidades de saúde da população; a adesão do tratamento; os aspectos culturais e socioeconômicos.

Na saúde, de forma geral, a resolutividade de um serviço está associada aos resultados referentes ao conjunto de ações que oferece. No trabalho realizado pelas equipes de saúde dos serviços na APS está associada à sua capacidade de atender as pessoas em seu contexto de vida, realizando ações que traduzam atenção conforme ela necessita e busca. Já, na especificidade da saúde mental, a resolutividade apresenta maior complexidade para ser mensurada, devido à sua subjetividade e requer dos profissionais o conhecimento baseado na clínica para conhecer os transtornos e indicar os cuidados adequados, conhecer as condições sociais, econômicas, de trabalho e moradia do usuário e de sua família, entre outras.

Resolutividade em saúde mental na atenção primária em saúde

Esta reflexão tem como ponto de partida os resultados de um estudo realizado com 30 (trinta) profissionais que atuam em serviços da APS em três municípios da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS), cujo objetivo foi identificar os desafios enfrentados por estes profissionais para incorporar ações de saúde mental na APS.

Nos discursos de enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos, que participaram desse estudo foi identificado entre outras coisas, que esses profissionais referem a necessidade de apropriação de conhecimentos científicos para embasar as ações que

realizam com Pessoas com transtornos mentais e suas famílias, atendidas na rede de serviços básicos de saúde. De forma majoritária, os participantes do estudo consideram que não sabem o que fazer em relação à assistência às pessoas com transtornos mentais (PTMs) no serviço da APS, devido a sua complexidade.

Diante das dificuldades que encontram esses profissionais rotineiramente encaminham os pacientes para outros serviços de saúde tais como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais e consideram que é a melhor conduta para o atendimento da PTM, o que revela o desconhecimento em relação a proposta de mudança de modelo de atenção que preconiza ações em saúde mental, com atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) com oferta de serviços resolutivos que compreende este nível de atenção.

Os profissionais referem a necessidade de qualificar a comunicação entre as equipes de saúde dos serviços que prestam assistência em saúde mental, tais como UBS, CAPS, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e hospitais. Destacam que esta fragilidade na comunicação compromete a lógica da referência e contra referência na atenção em saúde mental, compreendida como forma de acompanhar o tratamento das PTMs. Se isto não acontece, fica comprometida a capacidade resolutiva da atenção disponibilizada ao usuário.

Frente a tais fragilidades identificadas nos discursos dos profissionais, é coerente pensar que para a resolutividade das ações, é importante que os mesmos reconheçam referenciais que consigam instrumentalizá-los, e que estes existem na perspectiva de potencializar as ações em saúde mental na APS. Tais instrumentais que podem ajudá-los, estão identificados no Apoio Matricial (AM) e no Projeto Terapêutico Singular (PTS) que contemplam ações para agregar a resolutividade nas necessidades das pessoas na sua singularidade.

A APS tem se mostrado um lugar privilegiado para a construção do novo modelo de cuidado em saúde mental, proposto pela Reforma Psiquiátrica, pautados pelos princípios da

resolutividade da atenção, que busca a superação do modelo centrado na doença para o reabilitador, voltado para a pessoa(1). Nessa perspectiva, para agregar resolutividade nas ações dos profissionais, nesse contexto, o AM e o PTS se constituem em instrumentais para agregar resolutividade às ações desenvolvidas junto às PTMs na APS e responder às necessidades referidas pelos profissionais que participaram do estudo mencionado anteriormente.

A partir desta perspectiva, este estudo tem como objetivo refletir acerca do PTS e AM como instrumentais para agregar resolutividade nas ações em saúde mental desenvolvidas no âmbito da APS.

Para embasar esta reflexão foram utilizados artigos disponíveis online e publicados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola no período de 2008 a 2018, acessados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Literatura; Latina Americana e Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); e Scientific Electronic Library Online (Scielo).

A seleção dos artigos fez-se através dos seguintes descritores: “Projeto Terapêutico Singular”, “Apoio matricial”, “Atenção primária à saúde”, “Atenção básica” e “Estratégia de saúde da Família”, “Resolutividade”. Foram, também, utilizadas como referências a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Atenção Básica.

Bases conceituais que operacionalizam a resolutividade

O apoio matricial é uma ferramenta estratégica da Política Nacional de Saúde Mental na APS que se concretiza a partir da disponibilização de saberes e fazeres técnicos especializados às equipes, afim de que possam atender as demandas de saúde mental em suas ações. É um modo de produzir saúde, envolvendo duas ou mais equipes em uma proposta de construção compartilhada, com intervenção pedagógico-terapêutica, na qual predomina a

lógica da corresponsabilização e da interdisciplinaridade, diminuindo os encaminhamentos, aumentando assim a qualidade em saúde mental na APS.

O AM traduz um trabalho de retaguarda especializada e na cogestão do processo de trabalho, conferindo apoio técnico/pedagógico para os profissionais da ESF, dando preferência ao trabalho interdisciplinar ao invés do modelo hierarquizado de gestão dos serviços de saúde. Possibilita a clínica ampliada com a construção de vínculo profissional/usuário, com trabalho em equipe multiprofissional, principalmente ao se tratar de saúde mental (5).

O AM é resultado da fusão e da reconstrução de vários modelos, conceitos e estratégias já utilizados no trabalho inter e transdisciplinar, porém com adaptações de conceitos atuais de cuidado e ações em saúde mental. O Ministério da Saúde (MS) incorporou o AM como forma de trabalho para profissionais especialistas, criaram-se os núcleos de apoio à saúde da família (NASF) para abrigar esses novos profissionais (6).

É, pois, um processo de trabalho interdisciplinar com práticas que envolvem a socialização e a construção do conhecimento, situado dentro da perspectiva que trabalha com interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si. Essa capacidade envolve a elaboração reflexiva das experiências vivenciadas dentro de um contexto interdisciplinar, em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes, tendo o PTS como instrumento do processo de matriciamento em saúde mental (7).

O projeto terapêutico singular é uma forma de organização da gestão do cuidado entre equipes da APS, conforme PORTARIA n. 3.088, 23 de dezembro de 2011. É uma estratégia viabilizadora de diálogo interativo entre os profissionais envolvidos, permitindo o compartilhamento de casos e o acompanhamento longitudinal de responsabilidade destas

equipes. Enfatiza a relevância do acesso à atenção integral à população e a ampliação de estratégias para assegurar os direitos de cidadania das pessoas (7).

A construção do projeto terapêutico singular pode ser compreendida como um conjunto de estratégias terapêuticas que envolvem a PTM, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades e a produção de autonomia e de inclusão social. É um instrumento que ultrapassa o paradigma médico, na busca por resolver as necessidades das pessoas para além do diagnóstico, visa mudanças possíveis ao longo do tempo, e a redução da dependência exclusiva dos sujeitos aos serviços de saúde (8).

O processo de construção do PTS é permeado pela participação do sujeito ou do coletivo e de profissionais da equipe de APS, construindo uma pactuação em que ambos tenham o conhecimento que a PTM, é o centro do PTS (9). A construção implica na revisão de posicionamentos profissionais e pessoais, sendo necessário entender que as metas são traçadas também pela família da PTM e não apenas pela equipe. O PTS pode ser considerado uma estratégia para o desenvolvimento de propostas e condutas terapêuticas articuladas para e com os usuários e famílias ou com grupos específicos. Deve objetivar, além das ações preventivas e curativas das doenças, contemplando a promoção de saúde em um contexto complexo multifatorial. Precisa ser constituído por quatro movimentos fundamentais, quais sejam: definição das hipóteses diagnósticas; definição de metas; divisão de responsabilidades, e reavaliação. Deve ser reavaliado durante todo o processo de construção e implementação com dinamismo, sendo processual e flexível (10).

O Projeto Terapêutico Singular como estratégias de diálogo entre os profissionais e organização dos serviços de saúde

Sem dúvida, o PTS e o AM são instrumentais que possibilitam construir uma prática de cuidado articulada e integrada, com vistas a responder às necessidades das PTMs que são atendidas no âmbito da APS, potencializando a resolutividade das ações. A operacionalização destes conceitos na prática cotidiana dos profissionais oportuniza o atendimento diferenciado e singularizado das demandas dos usuários, a melhoria da acessibilidade aos serviços, de recursos e profissionais, e a responsabilização de todos no processo do cuidado, na medida em que compartilha e descentraliza o atendimento clínico (8).

Nesse sentido, o PTS é um mecanismo capaz de promover mudanças no processo de trabalho, possibilitando inovar nas práticas de cuidado. Ao mesmo tempo, a inclusão do PTS no cotidiano do trabalho das equipes da APS possibilita analisar as condições estruturais dos serviços para que a equipe tenha condições de realizá-lo em sua rotina conforme seu contexto (5).

Na forma como está concebido o PTS potencializa a resolutividade a partir da organização da equipe de referência que realiza o atendimento diferenciado e singularizado das demandas dos usuários. No entanto, cabe aos profissionais se voltarem para ações de comprometimento no trabalho em equipe articulado com a rede de serviços de saúde que buscam a efetivação do PTS. Na estruturação do cuidado interdisciplinar, cada profissional contribui com os saberes próprios de sua formação, na troca de experiências no compartilhamento de ideias e no aprendizado com o olhar do outro, os saberes técnicos são reciprocamente complementados para contribuir para uma assistência resolutiva (5).

O PTS possibilita aos profissionais mais que a discussão dos casos clínicos, implica na necessidade de reavaliação do modelo assistencial biomédico; superação do pensar o profissional individualizado e prescritivo; evitar que o profissional se torne executante da demanda, num sistema que exige a quantidade em detrimento da qualidade; revisão

sistemática do alcance e eficácia de suas ações em curto, médio e longo prazo, no contexto de atuação; pensar as propostas das ações em rede para superar o modelo tradicional (5).

Da mesma forma, no sentido de potencializar a resolutividade, o AM tem se mostrado como uma prática em saúde mental no contexto de trabalho em equipe, promove o compartilhamento das ações com vistas à superação do modelo biológico centrado na doença. Considerado um arranjo tecnoassistencial que possibilita aos profissionais um olhar de mudança em relação à compreensão sobre o transtorno mental/sofrimento psíquico, como pela descoberta de possibilidades de intervenção com as PTMs (11).

O Apoio Matricial como instrumento que possibilita apoio técnico-pedagógico, socialização e construção de conhecimentos

O AM é definido como um dispositivo que não faz parte da estrutura das organizações, mas que possui o potencial resolutivo nas ações em saúde mental, no sentido de promover alterações organizacionais, inovar nas ações assistenciais, instaurar uma nova lógica de funcionamento, e reformulação de valores e subjetividades das equipes, atuando de forma complementar. Tem sido amplamente utilizado como forma de compartilhar e complementar conhecimentos entre os profissionais (5).

Neste contexto o apoio matricial é um processo de trabalho interdisciplinar com práticas que envolvem a socialização e a construção do conhecimento. Essa capacidade se desenvolve no AM pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção resolutiva das equipes, tendo o PTS como instrumento do processo de matriciamento em saúde mental (12).

O AM tem sido implantado na APS, como a possibilidade de aumentar a resolutividade neste nível atenção. Tendo em vista que o AM é amplamente utilizado na saúde

mental, outro serviço de saúde que também utiliza é o CAPS. O AM tem contribuído positivamente em algumas mudanças no acesso aos serviços de saúde que está intimamente ligado a resolutividade das ações, quando a pessoa busca pelo atendimento e encontra no local a possibilidade de resolver a sua necessidade. (6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se nesta reflexão que os profissionais encontram dificuldades para prestar assistência às PTMs que buscam o serviço da APS. Os profissionais revelam que necessitam aprimorar seus conhecimentos para atender as PTMs, referem insegurança para realizar ações, e não identificam suas atribuições na ESF. Relatam que os encaminhamentos das PTMs para o CAPS e hospitais são práticas constantes no contexto da UBS quando entendem que este serviço não contempla ações resolutivas em saúde mental.

Destacou-se que as políticas de saúde apresentam instrumentais que podem auxiliar os profissionais na realização de suas práticas agregando resolutividade. Tais instrumentais já estão disponíveis legalmente no entanto, não são utilizados pelos profissionais. São estes identificados como o PTS e o AM, considerados como estratégias de ampliação do cuidado, melhoria da qualidade da atenção em saúde e reforço às potencialidades dos indivíduos e dos grupos sociais.

Conclui-se que a consolidação do modelo de atenção psicossocial pode ser viabilizada pela prática do AM e construção do PTS, garantindo assim a resolutividade do cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate

da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2012 [acesso em 05 ago 2018]; 17(8):2071–85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [online]. 2017. [acesso 13 ago 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

3. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Brasília, DF; [online]. 1990. [acesso em 13 ago 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

4. Santos TVC, Penna CMM. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. *Pensar Acadêmico*. [online]. 2015 [acesso em 12 ago 2018]; 12(1):98-108, Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/213>.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF; [online]. 2011. [acesso em 05 ago 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

6. Amaral CEM, Moreira CP. Análise dos efeitos do apoio matricial em Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia. In: Nunes M, Landim FLP. *Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano*. Salvador: EDUFBA, 2016.

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderno humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

8. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. [online]. 2011 [acesso em 18 ago 2018]. 22(1):85-92. Disponível em: <http://www.journals.usp.br/rto/article/view/14124/0>.
9. Oliveira FB, Silva KMD, Silva JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Gaúch Enferm*. [online]. 2009 [acesso em 12 ago 2018]; 30(4):692-9. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13149/7545>.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*. 2010. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde [online]. 2010 [acesso em 13 junho 2018]; Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf.
11. Campos GWS. Saúde Mental e Atenção Primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In: Nunes M, Landim FLP. *Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano*. Salvador: EDUFBA; 2016.
12. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Accessibility and resolution of mental health care: the matrix support experience. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013 [acesso em 25 ago 2018]; 18(7):2157-2166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700031>.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo permitiram identificar os desafios para a incorporação da saúde mental, a partir dos processos de trabalho dos profissionais nos serviços que atendem a saúde mental na AB, utilizando-se como eixo o referencial teórico constituído pelos conceitos **integralidade, resolutividade, apoio matricial e projeto terapêutico singular**.

O estudo atendeu não só o objetivo geral, que buscou compreender os desafios do processo de incorporação da saúde mental na Atenção Básica, a partir da percepção e das ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham na ESF, como também os objetivos específicos, quais sejam: identificar o conhecimento dos profissionais acerca das diretrizes da saúde mental na atenção básica; identificar as estratégias utilizadas em serviços da atenção básica para operacionalizar as suas diretrizes; e analisar, conforme os discursos dos profissionais, a resolutividade das ações de saúde mental desenvolvidas com as pessoas com transtornos mentais e suas famílias na atenção básica.

O primeiro objetivo específico do estudo apontou que a assistência em saúde mental na AB é desafiadora. Os profissionais necessitam se apropriar de suas atribuições em saúde mental nos serviços de AB a partir da mudança do modelo manicomial para o psicossocial, com iniciativas de busca de conhecimentos, tal como preconiza a legislação brasileira.

Os profissionais identificam, que precisam conhecer as especificidades da atenção clínica no tratamento em saúde mental, para que suas ações sejam dotadas de cientificidade para a condução do acompanhamento da PTM. Acredita-se que o conhecimento dos profissionais aliado aos desejos de organizar os serviços de saúde na AB para atender às PTMs, pode modificar a maneira como está sendo conduzida, tornando o cuidado mais próximo do modelo psicossocial reabilitador, juntamente com as famílias e comunidade.

No que tange ao segundo objetivo, que procurou identificar as estratégias utilizadas em serviços da atenção básica para operacionalizar as suas diretrizes, constatou-se, que suas ações são insuficientes neste nível de atenção. As estratégias aplicadas para potencializar a resolutividade na AB são os grupos de saúde mental, visitas domiciliares e atendimento individual. Apenas dois dos profissionais entrevistados relataram que empregam o PTS e o apoio matricial na condução do trabalho na AB. Neste sentido, destaca-se a necessidade de reorganização do processo de trabalho e a importância de que cada profissional privilegie, constantemente, a revisão de suas atribuições e ações a serem desenvolvidas com toda a equipe.

O terceiro objetivo analisou, com base nos discursos dos profissionais, a resolutividade das ações de saúde mental desenvolvidas com as pessoas com transtornos mentais e suas famílias na atenção básica. No contexto da família, verificou-se que os profissionais encontram aspectos que podem tanto facilitar suas ações como ser o principal complicador. Os profissionais identificam as famílias como aliadas, pois estas colaboram na condução do tratamento no domicílio. Portanto, traduzem em seus discursos que a participação familiar é fundamental em muitos aspectos, no entanto, elegem a continuidade do tratamento como o mais importante.

O estudo também mostrou que os profissionais identificam como fundamental a construção de vínculos com as famílias, com vistas à realização de ações em consonância mútua. Outro aspecto que os profissionais identificaram no contexto da família é a dificuldade em aceitar um membro da família com doença mental. As famílias apresentam sentimentos ambivalentes, que vão do cuidado à rejeição com a PTM. Há muitos fatores envolvidos no processo de cuidar, entre eles, os profissionais avaliam que as questões culturais e econômicas ocupam lugar de destaque no que diz respeito à rejeição ou aceitação do cuidado com a PTM no domicílio.

Ante o exposto, fica evidente que os profissionais devem buscar realizar ações de educação continuada e permanente, a fim de ampliar seus conhecimentos relativos à mudança de modelo de atenção em saúde mental, com serviços organizados de forma a realizar, de fato, ações em saúde mental na AB. Assim é relevante que sejam feitos investimentos em políticas públicas que priorizem a capacitação dos profissionais atuantes na AB, abrangendo desde os conceitos até a utilização do PTS e AM. Além disso, é fundamental que a promoção do cuidado em saúde mental na AB não seja entendida apenas como saúde, mas também que se reconheça a responsabilidade que o serviço de saúde representa no território comunitário na prática social.

Evidencia-se, neste estudo, a exigência de profissionais qualificados para atender a mudança de modelo de atenção de base territorial, com ações com as PTMs, suas famílias e comunidade. Acrescenta-se, ainda, a importância de alguns profissionais repensarem suas concepções pessoais para, assim, desenvolverem suas práticas sem preconceitos referentes ao cuidado à PTM.

O presente estudo contou com a participação de profissionais de saúde das ESF – envolvendo a Medicina, a Enfermagem, a Psicologia e a Assistência Social. As enfermeiras representaram maior número, totalizando 17 participantes. É importante refletir sobre as ações

deste profissional, quando é reconhecido como cuidador, com competências e habilidades que constituem a sua prática.

A saúde mental, na atualidade, requer do profissional ações em saúde que promovam a superação do modelo de atenção centrado na doença para o cuidado do indivíduo em suas dimensões biopsicossociais. Desta forma, o profissional enfermeiro precisa atuar no cuidado em saúde mental com ações individuais e coletivas que incluam os membros da equipe, sendo discutidas e planejadas em conjunto, dando ênfase ao cuidado em âmbito territorial. Este estudo poderá contribuir para a Enfermagem, no sentido de que estes profissionais possam reconhecer a saúde mental como sua atribuição nos serviços de saúde da AB.

Os resultados desta pesquisa indicam um desencontro entre as ações desenvolvidas pelos profissionais e o que está proposto na reforma psiquiátrica, que prevê a implantação de serviços substitutivos aos modelos hospitalares, com trabalhos organizados em redes de cuidado, ações no território de vida das PTMs e suas famílias, estabelecidas pelo vínculo e o acolhimento na AB. Contudo, a realidade encontrada mostra que as ações estão priorizadas em encaminhamentos para o CAPS e hospitais, com reduzidas ações na AB.

Para que a reforma psiquiátrica se consolide, é preciso que ocorra a incorporação de ações de saúde mental na AB e que estas sejam estabelecidas através de ações intersetoriais para promoção de um cuidado que seja resolutivo e integral. Assim, este estudo confirma a tese que: ***A compreensão acerca dos desafios enfrentados pelas equipes de ESF no processo de inserção da saúde mental na Atenção Básica qualifica a assistência prestada, potencializando a resolutividade e a integralidade das ações às pessoas com transtornos mentais e suas famílias.***

Os resultados da tese ora apresentada permitem trazer articulações teórico-práticas capazes de gerar transformações para o modelo de cuidado em saúde mental e para a PTM e sua família, pois sugerem a importância da consolidação da assistência com descentralização e a interssetorialidade do cuidado no território, além de gerar subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas.

Nesse sentido, os achados deste estudo verificou-se que apesar dos desafios é necessário práticas de ensino-aprendizagem, educação permanente e desenvolvimento de mais estudos científicos direcionados às políticas públicas de saúde mental e ampliação de ações na AB que permitam superar os desafios encontrados pelos profissionais na atualidade; aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde; promover a ampliação do cuidado com a garantia de continuidade de atenção. Por estas razões a universidade pode ser uma possibilidade de qualificar os serviços de saúde mental, por meio do ensino, da pesquisa e de

projetos de extensão inseridos na comunidade regional, os quais poderão qualificar a assistência as PTMs nos serviços de saúde da AB.

7. REFERÊNCIAS

AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, vol. 5 n. 2, dez. 2013.

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em Saúde Mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2011.

AMARAL, C. E. M.; MOREIRA, C. P. Análise dos efeitos do apoio matricial em Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia. In: **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

ANGELINI, C. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 36, p. 1-9, 2015.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Práticas de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão das potencialidades e dos limites para a construção de um cuidado integrado. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, v. 4, n. 1. p. 31-7, 2010. Disponível em: < <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/939/885> >. Acesso em: 10 mar. 2017.

BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2010.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde Mental - Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Define as diretrizes para criação e organização dos núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Seção 1, p. 1168. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf >. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. **LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília. Ed. Ministério da Saúde, 2005a.

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

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d 344p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 160 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde mental – Intersetorial.

Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde mental – Intersetorial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011a. 233 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf >. Acesso em: 08. Jun 2016.

BRASIL. **Lei Nº Federal Nº 12.435, de 06 de julho de 2011, que altera a Lei Federal Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.** Brasília, DF, 1993, 2011b Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde 2011**, 2011c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929 Acesso em: 12 jun. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS).** Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS/MS 466/2012.** Brasília. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> > Acesso em: 09 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 mai. 2013a. p. 38. Disponível em: < <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=38&data=21/05/2013> >. Acesso em: 29 de março 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013b. p. 59-62. Disponível em: < <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/13/cns-resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012> >. Acesso em 16 abril. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Acesso a Informação. **Observatório Crack, é possível vencer.** Comunidades Terapêuticas. 2014. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades_terapeuticas.html. Acesso em 18 julho. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).** [Internet]. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. il. (Caderno Humaniza SUS; v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev/Ter. Ocup.** Univ. São Paulo. vol. 22, n. 1, 2011, p. 85-92.

CARVALHO, L. G. P. et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, vol. 36, n. 3, 2012, p. 521-525.

CARDOSO, A. J. C. et al. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus**, actas de saúde colet, Brasília, Vol. 8, n. 1, p. 57-63, mar. 2014.

CAMPOS, G. W. S. Saúde mental e Atenção Primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.). **Saúde mental na Atenção Básica: política e cotidiano.** Salvador: EDUFBA, 2016.

CAVALCANTI, P. C. S; OLIVEIRA, R. M. P; CACCAVO, P. V; PORTO, I. S. O Cuidado de Enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, p. 111-119, 2014.

CASTRO, R. C. B. R. et al. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar.** 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.

DENZIN, NK; LINCOLN, YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 15-42.

FERREIRA, T. P. S. et al. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. **Interface (Botucatu)**. vol. 21, n. 61, p. 373-384.

FURLAN, Maria et al. Os centros de saúde mental na Itália. **Journal of Nursing and Health**. 2012.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 165-171, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a22v14n1>. Acesso em: 09 jun. 2016

JUNQUEIRA, A. M. G.; CARNIEL, I. C. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, vol. 13, n. 2, 2012.

KINOSHITA, R. T. et al. Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.). **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

LAINING, J. M. The Mental Health Act: exploring the role of nurses. **British Journal of Nursing**, Vol. 21, n. 4, 2012.

LEAL, B. L.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, disciplinaridade e intersectorialidade. **Aletheia**, n. 40, Canoas, RS. abr., 2013.

LINASSI, J. et al. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. **Rev. Contexto e Saúde**, Ijuí, vol. 10, n. 20, p. 425-434, 2011.

MÂNGIA, E. F.; MUNAMOTTO, M. T. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 18, p. 54-62, 2007.

MARCOLAN, J. F.; CASTRO, R. C. B. R. **Enfermagem em saúde e psiquiatria: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, ABRASCO, 2003. p. 45-60.

MERCES, A. M. F. et al. Práticas de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, Vol. 20, n. 2, 2015. p. 417-425.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

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

MORORÓ, M. E. M. L.; COLVERO, L. A.; MACHADO, A. L. The challenges of comprehensive care in a Psychosocial Care Center and the development of therapeutic projects. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, vol. 45, n. 5, p. 1171-1176, 2011.

NEVES, H.G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63 no,4 Brasília jul-ago, 2010.

PAES, M. R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**. 2013.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde coletiva**. [online] Rio de Janeiro, vol. 17, n. 3, p. 653-660. ISSN 1413-8123, 2012.

OLIVEIRA, F. B. et al. Percepção sobre a prática de Enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 692-699, 2009.

OLIVEIRA, G. N. O. **Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2007.

PINHO, L. B. et al. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiânia, jan/mar; vol. 14, n. 1, p. 25-32, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a03.htm>. Acesso em: 10 mai. 2017.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 149-165, jun. 2006.

ROSA, R. B. et al. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, vol. 32 n. 2, p. 2011.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. **Revista Pensar Acadêmico**, Manhuaçu, MG, v. 12, n. 1, p. 98-108, jan-jun 2015.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial. **Relatório Final da**

IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

SANTANA, T. F. M. C; PEREIRA, M. A. O. A organização do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Rev. Simbio-Logias**, Botucatu, vol. 6, n. 8, Nov/2013. Disponível em: http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/a_organizacao_do_cuidado_em_saude_mental_na_estrategia.pdf> Acesso em: 02 out. 2016.

SILVA, F. C. S. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento.** Vol. 7, n. 4, jan-dez 2015.

SOUZA, J.; LUIS, M. A. V. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta paulista. Enfermagem**, São Paulo, vol. 25, n. 6, 2012.

TOSO B. R. G. O.; FILIPPON J.; GIOVANELLA, L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. **Rev Bras Enferm** [Internet]. Brasília, vol. 69, n.1, p. 169-77, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>.

TURRINI, R. N. T, LEBRÃO M. L., CESAR C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad Saúde Pública.** São Paulo, 2008.



TRAD, L. A. B. et al. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.). Família e cuidado em saúde mental no brasil: corresponsabilidade e desafios tecnológicos na desinstitucionalização. **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano.** Salvador: EDUFBA, 2016.

WAIDMAN, M. A. P. et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, vol. 25, n. 3, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. **International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978.** WHO. Disponível em: < http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf >. Acesso em: 13 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **Integrating mental health into primary care: a global perspective.** Genebra: WHO; WONCA, 2008. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf?ua=1 >. Acesso em: 08. jun. 2016.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

 <p>Universidade Federal do Rio Grande. C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32336500</p>	 <p>Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde. C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 32330304</p>
---	--

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DESAFIOS DA INCORPORAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisadora responsável: Dr^a Mara Regina Santos da Silva – Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Pesquisadora-doutoranda: Adriana Rotoli- Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Objetivo Geral: Compreender os desafios da incorporação da SM na AB, a partir da percepção e ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham na ESF.

Objetivos Específicos: (1) - Identificar o conhecimento dos profissionais acerca das diretrizes da saúde mental na atenção básica. (2) Identificar as estratégias utilizadas em serviços da atenção básica para operacionalizar as suas diretrizes. (3)- Analisar, a partir dos discursos dos profissionais, a resolutividade das ações de saúde mental desenvolvidas com as pessoas com transtornos mentais e suas famílias na atenção básica.

Procedimentos: para participar nesta pesquisa você está sendo convidado a responder algumas perguntas que buscam informações para os objetivos específicos. A realização desta entrevista será em local privativo, escolhido de acordo com seu bem-estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho.

Direitos assegurados: as informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pela pesquisadora. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de participantes e não de maneira individual. Todas as informações serão anônimas e as partes

relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento. Uma identificação codificada substituirá seu nome para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

Riscos: Os participantes podem negar-se a participar do estudo, o que inviabilizará sua participação. Podem sentir-se pressionados a participar do estudo. No entanto, serão orientados de que sua participação é livre e voluntária.

Benefícios: Possibilitará, ampliar conhecimentos na organização dos serviços de saúde mental no que tange a rede de atenção básica e psicossocial. Além disso, espera-se que o conhecimento produzido nesse estudo subsidie os profissionais das equipes de saúde da família para a superação do modelo biomédico hospitalocêntrico, para a promoção em saúde mental com estruturação de serviços de saúde em conformidade com a legislação brasileira.

Participação voluntária: a sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

Pessoa para contato: Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com a Professora Dr^a Mara Regina Santos da Silva pelo telefone (xx) xxxx xxxx e a Doutoranda Adriana Rotoli, pelo telefone (xx) xxxx xxxx.

APÊNDICE B - Autorização para realização do estudo encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do município de Tenente Portela

Autorização para a realização do estudo encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Tenente Portela, RS.

Ilma Sra. Cristiane Feyth
Secretária Municipal de Saúde

Pelo presente Termo, eu, Adriana Rotoli, sob orientação da Profª Enfª Dr.ª Mara Regina Santos Silva, venho solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Tese de Doutorado, nas Estratégias de Saúde da Família, especificamente com os profissionais de saúde das eESF. O projeto de pesquisa está intitulado **DESAFIOS DA INCORPORAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**. O objetivo geral é Compreender os desafios da incorporação da SM na AB, a partir da percepção e ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham na ESF. Os resultados serão disponibilizados aos sujeitos investigados. Assim, comprometo-me que, concluído o estudo, apresentarei os resultados na instituição para o grupo de pesquisados.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,



Adriana Rotoli

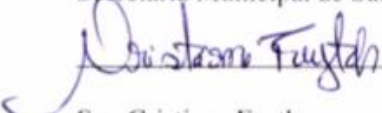


Mara Regina Santos Silva

Ciente. De acordo.

Tenente Portela/RS 06. abril de 2018.

Secretária Municipal de Saúde do Município de Tenente Portela.



Sra. Cristiane Feyth

CRISTIANE FEYTH
Secretária Mun. Saúde e Saneamento
CPF: 012.487.270-02
Portaria: 002/2017

APÊNDICE C - Autorização para realização do estudo encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do município de Três Passos

Autorização para a realização do estudo encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Três Passos, RS.

Ilma Sra. Maria Adelaide Hertz
Secretária Municipal de Saúde

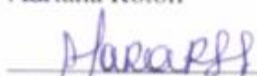
Pelo presente Termo, eu, Adriana Rotoli, sob orientação da Profª Enfª Dr.ª Mara Regina Santos Silva, venho solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Tese de Doutorado, nas Estratégias de Saúde da Família, especificamente com os profissionais de saúde das eESF. O projeto de pesquisa está intitulado **DESAFIOS DA INCORPORAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**. O objetivo geral é Compreender os desafios da incorporação da SM na AB, a partir da percepção e ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham na ESF. Os resultados serão disponibilizados aos sujeitos investigados. Assim, comprometo-me que, concluído o estudo, apresentarei os resultados na instituição para o grupo de pesquisados.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,



Adriana Rotoli



Mara Regina Santos Silva

Ciente, De acordo.

Três Passos, RS 06. abril de 2018.

Secretária Municipal de Saúde do Município de Três Passos.



Sra. Maria Adelaide Hertz

Maria Adelaide Hertz
Sec. Mun. de Saúde
Portaria nº 1.876/2018

APÊNDICE D - Autorização para realização do estudo encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do município de Frederico Westphalen

Autorização para a realização do estudo encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Frederico Westphalen. RS.

Ilmo Sra. Marta Helena Chielle Roani
Secretário Municipal de Saúde

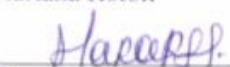
Pelo presente Termo, eu, Adriana Rotoli, sob orientação da Profª Enfª Dr.ª Mara Regina Santos Silva, venho solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa de Tese de Doutorado, nas Estratégias de Saúde da Família, especificamente com os profissionais de saúde das eESF. O projeto de pesquisa está intitulado **DESAFIOS DA INCORPORAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**. O objetivo geral é Compreender os desafios da incorporação da SM na AB, a partir da percepção e ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham na ESF. Os resultados serão disponibilizados aos sujeitos investigados. Assim, comprometo-me que, concluído o estudo, apresentarei os resultados na instituição para o grupo de pesquisados.

Assegura-se o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto na Resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,



Adriana Rotoli




Mara Regina Santos Silva

Ciente. De acordo.

Frederico Westphalen. RS 06. abril de 2018.

Secretária Municipal de Saúde do Município de Frederico Westphalen.



Marta Helena Chielle Roani

Sra. Marta Helena Chielle Roani


Marta Helena Chielle Roani
Secretária Mun. de Saúde

APÊNDICE E - Roteiro de entrevista

PROJETO: DESAFIOS DA INCORPORAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Preâmbulo

- Agradecimento pela participação
- Explicação acerca da finalidade, dos objetivos, do desenvolvimento do estudo e das questões éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos.
- Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

PARTE I: Caracterização dos (as) participantes do estudo

1-Profissão: _____

2-Idade: _____

3-Sexo: _____

4-Tempo de vínculo no serviço de saúde _____

5-Tempo de formação: _____

6-Formação pós-graduado(a)? _____ Em que área? _____

PARTE II: Percepções e conhecimento dos profissionais acerca das diretrizes da saúde mental na atenção básica.

7-Quais documentos oficiais utilizam como referência para orientar suas ações nos serviços em saúde mental na atenção básica?

8-Qual(is) princípio(s)/diretriz(es) desses documentos conseguem aplicar em seu trabalho?

9- Quais influências que a eESF encontra para a realização de ações em saúde mental no seu trabalho?

10-Como você avalia o serviço de saúde onde trabalha no que tange ao atendimento das pessoas com transtorno mental?

11-Quais as condições que você considera necessárias para que as pessoas com transtorno mental sejam atendidas nesse serviço de forma resolutiva?

PARTE III: Reflexão sobre as estratégias utilizadas, e a resolutividade destas de acordo com as diretrizes da SM na AB.

Este momento é dedicado à reflexão sobre como realiza o cuidado da pessoa com transtorno mental. Você poderia relatar como realiza enfatizando:

- a- Ações desenvolvidas com as pessoas com transtorno mental e as famílias?
- b- Interferências do processo de cuidar das pessoas com transtorno mental na atenção básica?
- c- Ações julgadas relevantes na atenção às pessoas com transtorno mental na atenção básica?
- d- Estratégias contempladas na saúde mental em relação a organização do serviço de saúde mental na atenção básica?
- e- Aspectos relevantes do trabalho dos profissionais das equipes que trabalham na saúde mental na atenção básica?
- f- Aspectos relevantes nas ações com as pessoas com transtornos mental e suas famílias.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) DA FURG



CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 38/2018

CEPAS 12/2018

Processo: 23116.000054/2018-19

CAAE: 81977318.2.0000.5324

Título da Pesquisa: Desafios da incorporação da saúde mental na atenção básica

Pesquisador Responsável: Mara Regina Santos da Silva

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 12/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**Desafios da incorporação da saúde mental na atenção básica**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 15 de março de 2018.

Eli Sinnott Silva

Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG