



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RITA DE CASSIA GADELHA DA SILVA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PROMOVENDO SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

FORTALEZA – CEARÁ

2018

RITA DE CASSIA GADELHA DA SILVA

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PROMOVENDO SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA – CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Silva, Rita de Cassia Gadelha da.
Produção do cuidado em Saúde Mental: Promovendo
saúde na Atenção Primária [recurso eletrônico] / Rita
de Cassia Gadelha da Silva. - 2018.
1 CD-ROM: 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 57 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof.^a Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Produção do cuidado. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Saúde Mental. I. Título.

RITA DE CASSIA GADELHA DA SILVA

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: PROMOVENDO SAÚDE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Enfermagem do
Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Estadual do Ceará, como requisito parcial à
obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 25/01/2018

Dr.^a Maria Salete Bessa Freire
Titulação e Nome em Letra de Forma

Maria Salete Bessa Freire
Assinatura do (a) Orientador (a)

Me. Maria Raquel Rodrigues Cavalcete
Titulação e Nome em Letra de Forma

Me. Raquel R. Cavalcete
Assinatura do (a) 1º Examinador (a)

Me. Lourdes Suelen Pontes Costa
Titulação e Nome em Letra de Forma

Lourdes Suelen Pontes Costa
Assinatura do (a) 2º Examinador (a)

À Deus por me fortalecer, por me permitir viver
esses momento e vitória. À minha família, que
participaram de todas as etapas até esse
momento.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me conduzido até aqui, por nunca ter me deixado desistir, mesmo que no caminho até o dia de hoje a vida tenha batido forte, tua mão e amor incondicional não me deixaram esmorecer.

À minha mãe, Ricassia Gadelha por ter dado tudo de si para que meus sonhos fossem realizados, por acreditar que eu era capaz, por ser amiga, por me amparar sempre, eu te amo muito.

Ao meu eterno namorado, companheiro, amigo, abrigo, amparo, Melquisedeque Ferreira Gomes, que esteve comigo durante essa caminhada sem medir esforços para que eu sempre pudesse dar o melhor de mim na construção desse trabalho, por acreditar em mim, e, que hoje, pelos desígnios de Deus não se faz mais presente fisicamente, mas me move espiritualmente, obrigada por tudo, amo você para sempre.

À minha família por todo empenho e orações destinadas à mim desde o início dessa caminhada.

À minha segunda família, Vilanir Ferrerira, Larissa Gomes e Cydkelwylly Santos, que me acolheram com todo amor e que me dão forças e motivação todos os dias, obrigada por todo amor, amo vocês.

Aos meus amigos que tanto me apoiaram para a conclusão desse trabalho, obrigada por me incentivarem e me darem forças.

As minhas amigas de curso, que estiveram ao meu lado no decorrer desses anos, obrigada por tornarem os dias mais leves e mais felizes, quero levar cada uma comigo, Monalisa Rodrigues, Rita Maria, Karoline Pontes, Rachel Cabral, Alana Àfio, Catarina Laborê, Carol Pinto, Rayssa Veras, Bruna Amorim, Laryssa Sá.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) pelas contribuições para a minha formação, em especial a Maria Raquel por todas as contribuições durante minha jornada acadêmica.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pelos ensinamentos, críticas, sugestões e oportunidades.

À banca examinadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, Profa. Ms. Maria Raquel Rodrigues Carvalho e Profa. Ms. Lourdes Suelen Pontes Costa, pelas contribuições enriquecedoras para o aperfeiçoamento desta pesquisa.

¹Debaixo do céu há momento para tudo, e tempo certo para cada coisa: ²Tempo para nascer e tempo para morrer. Tempo para plantar e tempo para arrancar a planta. ³Tempo para matar e tempo para curar. Tempo para destruir e tempo para construir. ⁴Tempo para chorar e tempo para rir. Tempo para gemer e tempo para bailar. ⁵Tempo para atirar pedras e tempo para recolher pedras. Tempo para abraçar e tempo para se separar.

(Eclesiastes 3: 1-5)

RESUMO

A produção do cuidado surge como um componente que pretende reorganizar o processo de trabalho na área da saúde. Essa reorganização visa tornar o processo de trabalho embasando-o no acolhimento, construção de vínculos levando assim o processo de formação da corresponsabilização. Na Saúde Mental a produção do cuidado se torna imprescindível, visto que a produção de vínculo, o acolhimento e a corresponsabilização são fundamentais para a relação profissional/paciente, para uma efetivação do cuidado. A articulação entre Saúde Mental e Atenção Primária é necessária ao ponto que a unidade de saúde está muito mais próxima da comunidade e muitos casos destes chegam até eles, assim a capacitação dos profissionais para receber estes casos é necessária. O objetivo do estudo é analisar a produção do cuidado em Saúde Mental para a promoção da saúde na Atenção Primária. Como objetivos específicos foram trazidos identificar as fragilidades e potencialidades referentes a produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária; descrever as estratégias de produção do cuidado em Saúde Mental e Descrever a atuação do enfermeiro na produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pautada na técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (1997), realizada em uma unidade básica de saúde do município de Fortaleza – CE. Teve como participantes 4 profissionais de saúde da unidade de atenção primária à saúde e 10 usuários. A coleta de dados se deu no mês de janeiro de 2018, onde utilizou como técnica de coleta a entrevista semiestruturada e observação sistemática. Entre os resultados alcançados destacou-se que o cuidado voltado aos usuários de Saúde Mental nas unidades de Atenção Primária ainda é voltado para o modelo biomédico e que a medicalização ainda é o centro do tratamento. Outro ponto percebido foi que os profissionais sentem-se muito despreparados para prestar um cuidado especializado a esses usuários e não sabem como proceder frente à essa população. A necessidade de um Apoio Matricial é nítida entre os profissionais entrevistados na pesquisa. A inclusão de um horário reservado aos usuários de Saúde Mental também é uma questão levantada na pesquisa, este seria muito importante para identificação dos usuários com estas necessidades. Por fim, recomenda-se que a capacitação seja realizada com os profissionais das unidades de Atenção Primária, para que estes possam assumir e conduzir os casos de sua responsabilidade e para que prestem um cuidado integral e humanizado aos usuários.

Palavras-chaves: Produção do Cuidado. Atenção Primária á Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

The production of care emerges as a component that seeks to reorganize the work process in the health area. This reorganization aims to make the work process based on the reception, building of bonds and thus leading to the formation process of co-responsibility. In Mental Health, the production of care becomes essential, since bonding, welcoming and co-responsibility are fundamental for the professional / patient relationship, for effective care. The articulation between Mental Health and Primary Care is necessary to the point that the unit is much closer to the community and many cases of these arrive to them, so the training of the professionals to receive these cases is necessary. The objective of the study is to analyze the production of Mental Health care for the promotion of health in Primary Care. As specific objectives were brought to identify the fragilities and potentialities related to the production of care in Mental Health in Primary Care; describe the strategies of production of care in Mental Health and Describe the role of the nurse in the production of care in Mental Health in Primary Care. This is a qualitative research, based on the content analysis technique proposed by Bardin (1997), carried out in a basic health unit in the city of Fortaleza - CE. The participants were 4 health professionals from the primary health care unit and 10 users. Data collection took place in January, 2018, where the semistructured interview and systematic observation were used as collection technique. Among the results achieved, it was pointed out that the care given to Mental Health users in Primary Care units is still focused on the biomedical model and that medicalization is still the center of treatment. Another perceived point was that professionals feel very unprepared to provide specialized care to these users and do not know how to proceed against this population. The need for a Matrix Support is clear among the professionals interviewed in the research. The inclusion of a reserved time for Mental Health users is also a question raised in the research, this would be very important to identify the users with these needs. Finally, it is recommended that the training be carried out with the professionals of the primary care units, so that they can assume and conduct the cases of their responsibility and to provide an integral and humanized care to the users.

Keywords: Care Production. Primary Health Care. Mental Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	ENUNCIACÃO DA PESQUISADORA	11
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO	12
2	OBJETIVO	16
2.1	GERAL	16
2.2	ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	A PRODUÇÃO DO CUIDADO E SUA TECNOLOGIAS RELACIONAIS	18
3.2	A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	21
4	METODOLOGIA	25
4.1	TIPO DE PESQUISA E NATUREZA DO ESTUDO	25
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	25
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	26
4.4	INTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA	26
4.5	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	27
4.6	ASPECTOS ÉSTICOS DA PESQUISA	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
5.1	MEDICAMENTALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	30
5.2	POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS	33
5.3	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL....	37
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICES	47
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM O USUÁRIO	48
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS.....	49
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	50
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	51

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DO SUS	52
ANEXOS	53
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	54

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENUNCIACÃO DA PESQUISADORA

A iniciação do tracejado desse estudo ocorreu mediante a minha entrada no grupo de pesquisa do qual faço parte, grupo de pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), que tem como coordenadora a Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge. Neste grupo iniciei realmente a minha vida acadêmica e pude me aproximar das temáticas pertinentes à Saúde Coletiva e me aprofundar até chegar o dia de hoje.

Como membro do grupo de pesquisa participei de algumas pesquisas, no qual o Observatório Nacional da Saúde, tratava-se de uma pesquisa onde era percorrida a trajetória do usuário dentro da rede de saúde através de uma cartografia do processo de cuidado de pacientes que utilizaram a Rede Cegonha e a Rede Oncológica.

Tive a oportunidade de me aproximar nessa pesquisa de alguns autores que são referências em áreas que aqui irei explanar como Franco com a concepção de Redes e Merhy com a concepção produção do cuidado.

Ao decorrer da pesquisa e na participação do GRUPSFE houve uma aproximação com a Saúde Mental a qual não era muito familiarizada, com um dos usuários guia da pesquisa, pode ver o que é um sofrimento mental devido ao uso de drogas e como isso pode ocorrer em qualquer idade, ambos os sexos e em qualquer pessoa, também vi como esse processo pode ser revertido devido há coisas que realmente dão sentido à vida.

Assim, com a entrada no grupo e participando dos projetos existentes me tornei aluna de iniciação científica e pude participar de vários eventos como o I e o II Seminário Internacional de Redes de Atenção à Saúde, que foram de fundamental importância para me aprofundar nas temáticas já citadas anteriormente. Particpei das Semanas Universitárias científicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e assim cheguei até aqui onde trabalharei com Saúde Mental, Atenção Básica e com produção do cuidado.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

A produção do cuidado dar-se-á um componente do processo de trabalho com o propósito de reorganizá-lo, este surge de modo singular, único, que é realizado devido ao encontro dos seres, a fim de que uma procura receber e o outro a prestar o cuidado, findando como objetivo a ser alcançado a saúde e a cura. “Além disso, nos serviços de saúde, o ato da produção e o do consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo, configurando uma relação “interseçora” (de interseção)” (MERHY; FEUERWERKER, 2008).

Para auxiliar os profissionais na recepção e atendimento dos usuários que chegam as unidades de saúde tecnologias são utilizadas, sendo elas classificadas em leves, que são ferramentas de escuta e de maior troca entre profissionais e usuários; as tecnologias leve-duras, que são os saberes pré-estabelecidos, as teorias e etc.; e as tecnologias duras, que é composta pelo maquinário tecnológico.

Esta reorganização do processo de trabalho visa este de modo mais acolhedor, centrado no usuário e em todos os seus anseios e necessidades, sendo embasados nas tecnologias leves a fim de promover acolhimento, vínculo, cor responsabilização e proporcionar o acesso a todos os usuários. Segundo Franco, Merhy (2005), há algum tempo vem sendo proposto a reorientação dos serviços de saúde tendo como suposição a produção do cuidado, que é um processo de trabalho usuário centrado em relações acolhedoras.

Assim, o cuidado não é apenas visto e realizado embasado em grandes tecnologias somente, e sim abrindo espaço para outros campos, como o campo das relações subjetivas, intersubjetivas que carregam consigo as tecnologias leves, que se dão pela produção de cuidado no ato, no ato de encontrar o outro e a partir dali construir relações de promoção da saúde e cuidado, segundo Merhy e Feuerwerker (2008).

Duas grandes dimensões governam e modificam o campo de produção do cuidado, o trabalho morto e o trabalho vivo em ato. O trabalho morto é composto pelas tecnologias e dos saberes tecnológicos, são estruturados para governar o momento de produção do cuidado. Já o trabalho vivo em ato, se dá pelo momento de encontro, que só é construído nesse momento, precisa haver o encontro para existir trabalho vivo. Para Feuerwerker (2014), esse encontro de construção e existência só ocorre no trabalho vivo

em ato, não ocorrendo com os saberes tecnológicos e tecnologias duras utilizadas para o processo de produção da saúde.

A atenção primária à saúde (APS), após o Decreto 7508/2011 tornou-se a porta de entrada preferencial aos serviços de saúde do Brasil.

“É senso comum também entender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados”(LAVRAS, 2011, p.867) .

Com o surgimento do SUS, em 1988 e depois com a sua municipalização a APS foi estruturada de forma uniforme em todo o país, através dos incentivos e financiamentos cedidos pelo governo para implantação do modelo de saúde no país. “A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada.” (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013, p.159)

As APS devem estar preparadas para receber toda comunidade, inclusive as pessoas que sofrem de problemas psíquicos, estes abrangem boa parte da demanda da unidade devem ser como um dispositivo de suporte e encaminhamento aos serviços especializados. Para um acompanhamento integral, em conjunto e que respondam as necessidades dos usuários as equipes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades Básicas de Saúde(UBS) devem trabalhar juntas, compartilhando informações e saberes, pois muitas vezes os profissionais das UBS's não estão preparados e não sabem como lidar com situações que chegam até eles.

A justificativa do atendimento desse público na APS se dá pelas leis e diretrizes que dizem que transtornos menos severos devem ser assistidos por ela, e se caso houver identificação de casos mais graves o encaminhamento para serviços especializados deve ser realizado. Mas, o que vemos hoje é o despreparo dos profissionais das UBSs em relação aos transtornos mentais, encaminhando de forma errônea os usuários aos CAPS. “Entretanto, os transtornos mentais comuns (TMC), considerados menos severos, devem ser integralmente tratados na atenção básica à saúde, o que inclui os modelos de Estratégia Saúde da Família (ESF) e unidades básicas de saúde (UBS)” (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015, p.195).

Mas, o que vemos hoje é o despreparo dos profissionais das UBSs em relação aos transtornos mentais, encaminhando de forma errônea os usuários aos CAPS. Segundo Lima, Dimenstein (2016), observa-se pouca resolubilidade por parte das equipes da APS em relação a corresponsabilização no acompanhamento e apropriação das demandas de Saúde Mental (SM) pelas equipes da ESF, devido a resistências e fragilidades nesses pontos.

Com a Reforma Psiquiátrica, entre 1970 e 80, mudou-se o modo como o sofrimento psiquiátrico era tratado e os sujeitos que eram acometidos por ele, a desinstitucionalização e reinserção dos usuários na comunidade foi o marco principal, com a extinção dos manicômios e hospitais psiquiátricos, que separavam os “doentes mentais” da sociedade. “O Movimento da Reforma Psiquiátrica evidencia a necessidade de transformação da atenção em saúde mental, buscando a substituição do modelo asilar pela atenção psicossocial” (MINÓIA; MINOZZO, 2015, p.1342).

Assim, foram implantados os CAPS, que são os centros de referência para o adoecimento mental grave e persistente, eles em conjunto com as UBSs são dispositivos fundamentais para resolução dos problemas mentais da comunidade. “A atenção psicossocial convoca a clínica a se ampliar e a produzir outras formas de cuidado, produzindo a ampliação do objeto de trabalho e a busca de resultados eficientes, incluindo novos instrumentos.” (MINÓIA; MINOZZO, 2015, p.1342).

A SM no Brasil é composta por uma rede de dispositivos para dar subsídio aos usuários em múltiplos contextos, formando assim, a Rede de Atenção Psicossocial, que são compostos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelas residências terapêuticas, unidades de acolhimento, leitos em hospitais gerais e consultórios de rua. “As atuais políticas públicas em saúde mental no Brasil preconizam que pessoas com transtornos mentais sejam acompanhadas concomitantemente na atenção básica de saúde e em unidades especializadas” (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015, p.195).

A promoção de saúde para esses usuários é fundamental, visto que, muitos serviços não disponibilizam materiais necessários deixando assim, lacunas na produção do cuidado dos mesmos. Visto essas questões levanta-se o seguinte questionamento, como se dá a produção do cuidado na saúde mental para a promoção da saúde?

Nota-se a relevância do assunto, uma vez que, a promoção de saúde mental não deve ser somente realizada nos CAPS e também não deve ser realizada somente no momento em que o usuário entram em adoecimento mental, mas sim, em qualquer lugar,

qualquer fase da vida para promoção do bem estar das pessoas usuárias dos serviços de saúde, sejam eles quais forem.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a produção do cuidado em saúde mental para a promoção da saúde na Atenção Primária.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as fragilidades e potencialidades referentes a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Primária.
- Descrever as estratégias de produção do cuidado em saúde mental na Atenção Primária.
- Descrever a atuação do enfermeiro na produção do cuidado em saúde na saúde mental na atenção primária

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A PRODUÇÃO DO CUIDADO E SUAS TECNOLOGIAS RELACIONAIS

Como todas as atividades humanas exercidas que produzem algo são chamadas de trabalho, a produção de cuidado, as práticas de saúde também são, pois elas assim como as outras práticas modificam algo, transformam ou produzem algo novo.

Produção do cuidado é acolhimento, vínculo, autonomia, é uma reorganização o processo de trabalho visando gerar relações acolhedoras, estas que promovem vínculos dentro de um processo usuário centrado, promovendo autonomia ao usuário para que ele seja protagonista no seu processo de cuidado e não ficar apenas a mercê de um plano terapêutico que não tenha sua participação, contribuição e, as vezes, aprovação, de acordo com Souza et. al (2014).

Com a grande evidencia e preocupação dos profissionais ao longo dos anos com o corpo biológico, em se preocupar com a doença em si e não com a relação dela com o ser, com o que ela interfere, se relaciona, se correlaciona e causa na vida do indivíduo, as ações de saúde voltadas a produção do cuidado e promoção da saúde, consequentemente, perdeu potência. Segundo Merhy, Feuerwerker (2008) a busca apenas do adoecimento biológico levam à ações mecânicas e apenas procedimentais dos profissionais de saúde, empobrecendo a escuta e, consequentemente, perdendo a eficácia cuidadora.

Para construirmos cuidado precisamos de componentes que o coordenem, como por exemplo, o trabalho morto e o trabalho vivo em ato, ambos juntos produzindo cuidado para o outro. O trabalho vivo em ato é o que em relação de encontro, ser produtor e ser que precisa receber cuidado, gera nesse momento cuidado, são as relações vivas, relações interpessoais. Já o trabalho morto se dá pelas tecnologias utilizadas para a produção do cuidado juntamente com o trabalho vivo. “O trabalho em si é o trabalho vivo e os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto (ou seja, são produto de um trabalho vivo anterior)” (MERHY; FEUERWERKER,2008).

Dentro dessas relações existem as tecnologias que regem os trabalhos, as tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são as de relação, de encontro,

conversa, escuta, são coisas simples, mas muito importantes que produzem efetivo cuidado. As leve-duras são relacionadas as teorias e saberes estruturados que regem um cuidar cientificamente. Já as tecnologias duras dizem respeito aos aparelhos tecnológicos utilizados no processo, são os recursos materiais. Merhy; Feuerwerker (2008), falam dessas tecnologias como composição de caixas de ferramentas nas quais, uma está vinculada aos diagnósticos, propedêutica e procedimentos, a outra aos saberes e a outra às relações entre trabalhador e usuário.

Por sua vez, as tecnologias leves são as que são preconizadas no uso habitual do ambiente de trabalho em seu dia a dia, visto que o ato relacional, o momento de encontro entre usuário e profissional é muito singular, uma vez que, em um próximo encontro tudo pode ser diferente, apesar de acontecer com as mesmas pessoas, mas o momento é único e o cuidado produzido ali também.

Nos serviços da atenção primária e na atenção psicossocial se ressaltam as tecnologias leves visto que é necessário fazer-se uso do vínculo dos profissionais com os usuários, o acolhimento destes no serviço para entender a sua real demanda e não apenas fazer um trabalho mecânico de medicalização e apenas isso, corresponsabilização tornando o usuário protagonista dos seus processos de cuidado para que este realmente se torne efetivo. Para alcançar a integralidade e a humanização do cuidado em saúde as tecnologias leves devem ser priorizadas no cotidiano das unidades de saúde (Jorge et al. p. 3052, 2011).

Uma vez que, a construção de vínculo se faça presente, um cuidado muito mais efetivo ali será prestado, visto que o usuário dispõe de confiança no profissional que o atende, pois o vínculo é construído através do interesse do profissional para com o usuário, suas dúvidas e anseios. Brunello et al. (p.132, 2010), diz que para o estabelecimento de uma nova prática e melhoria dos cuidados prestados na atenção à saúde a construção de vínculo é um forte aliado.

Essa prática deve está embasada na escuta ativa e qualificada do usuário e não deve criar uma relação de dependência, como se o profissional pudesse responder todas as expectativas e anseios do usuário a determinado assunto e sim criar dessa relação de vínculo uma autonomia do mesmo e ser detentor de suas próprias respostas e soluções, sendo o profissional uma ponte para isso.

Camargo Jr et al. (2008), classifica vínculo em três áreas, o vínculo como continuidade, como afetividade e como relação terapêutica, o primeiro, respectivamente, se relaciona a continuidade do tratamento que esse usuário venha a ter e como fator de fortalecimento do vínculo entre usuário e profissional. O segundo diz que o profissional deve investir afetivamente no usuário e em suas relações para a construção do vínculo. Por fim, o terceiro, relaciona-se a atenção dada aquela necessidade do usuário pelo profissional e responsabilização do mesmo, a qual não é feita apenas em um momento, mas no decorrer do tempo.

De acordo com Santos, Assis (p.54, 2006), o vínculo se torna mais forte a partir do acolhimento, dando potência ao projeto terapêutico construído para cada usuário, de forma singular e integral, através da ampliação dos laços relacionais e dos afetos criados.

A partir da Política Nacional de Humanização (PNH), que instrumentos tecnológicos leves foram trazidos à tona para o modelo de saúde e a reorganização do processo de trabalho, como já citamos o vínculo e agora o acolhimento, que procura reorientar a maneira como o usuário entra nas unidades primárias de saúde. Segundo, Brehmer, Verdi (p.3570, 2010), a PNH fomenta princípios e modos de operar dentro das relações existentes entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e diversos pontos de atenção da rede.

A PNH apresenta como um dos seus dispositivos o acolhimento que reorganiza os serviços de saúde, prestando atendimento de modo mais integral dissipando muitas angústias que os usuários venham a ter, sendo assim um momento pré consulta agendada. Para Braz (p.10, 2013), quando se faz o acolhimento dos usuários nas unidades básicas, mesmo que ele tenha ido lá para uma consulta programada ou qualquer outro tipo de demanda, alivia-se a ansiedade que ele tenha em relação a estar ali ou a espera de algo.

O acolhimento se faz necessário pois apresenta, de certa forma, uma resposta positiva aos problemas de saúde do usuário, mesmo que o problema principal não seja solucionado na unidade, esse momento abre portas para trocas de experiências e saberes de ambas as partes e demonstra interesse da parte do profissional para com a vida do usuário, fator muito importante para produção de vínculo e cuidado efetivo. Além disso, traz satisfação à todos os profissionais e usuários da Atenção Primária, pois direcionam

as atividades a serem realizadas pelos profissionais e reorganizam o processo de trabalho, e, para os usuários os benefícios que já foram citados anteriormente (MOTA, 2009).

Tanto o vínculo quanto o acolhimento são ferramentas importantes para a construção da autonomia e corresponsabilização do usuário para com o seu projeto terapêutico, visto que através do interesse do profissional para com o que o usuário tem a expor, este se sente mais confiante no profissional e se torna na maioria das vezes mais engajado e interessado pela sua saúde. “Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica” (JORGE et al., p.3053, 2011).

Assim sendo, com todas essas tecnologias do cuidado instaladas para produção de cuidado efetivo o processo de promoção da saúde se torna mais fácil, pois o profissional terá mais empatia com os usuários para prestar orientações eficazes para a saúde e os usuários terão mais interesse em recebe-las com a existência de laços que efetivam o processo.

A saúde antigamente e em alguns serviços ainda hoje é vista somente como a ausência de doenças, esse modelo ao qual éramos vinculados e o único que existia era o biomédico e hospitalocêntrico, o qual era centrado na doença e o que fazer apenas para trata-la e resolvê-la naquele momento, um método realmente curativo e que não levava em consideração as implicações dos seres humanos e tudo o que forma o ser.

O primeiro conceito de promoção da saúde foi citado na Carta de Ottawa no ano de 1986 na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no Canadá, na cidade de Ottawa. O documento abrangia cinco grandes campos de atuação como por exemplo implementar políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, reorientação dos serviços de saúde e desenvolvimento de atividades individuais e coletivas.

O conceito de promoção da saúde é muito abrangente e varia de acordo com o modo de pensar, de interpretar e ressignificar como as ações são feitas para ser gerado a promoção. Para Iglesias; Araújo (2011) a promoção da saúde é vista apenas como ações individuais nas quais o ser individual toma decisões que mudem os seu hábitos de vida, mudem ou se adaptem ao território em que vivem para assim diminuir riscos e gerando assim promoção da saúde.

Já existem outros autores como Buss (2000), que levam o conceito de promoção da saúde muito próximo ao conceito de prevenção de doenças, pois tem como foco evitar doenças através de mudanças de hábitos que são tidos como de risco para a produção de uma doença.

Outro significado mais amplo que abrange o campo de saúde coletiva e começou a ser tecido na conferência de promoção de saúde já citado aqui em Ottawa, o qual leva em consideração o envolvimento dos sujeitos de modo coletivo nas decisões de forma eficaz no processo saúde-doença.

A promoção da saúde propõe um contexto amplo do processo saúde-doença e propõe ainda a articulação dos saberes técnicos, científicos e populares e a mobilização dos órgãos e recursos público e privados para resolução dos agravos, diz Buss (2000).

A Carta de Ottawa e a Conferência de Promoção da Saúde foram um meio de resposta as grandes expectativas de mudança da saúde para um novo modelo, no qual a promoção da saúde tem antes de tudo papel fundamental para diminuição de vários índices de morbimortalidade.

Então, de acordo com aquele cenário promoção da saúde seria a capacitação da comunidade para promoção do seu bem estar, um modo de corresponsabilização para se gerar bem estar e saúde para viver bem, sendo os meios de saúde um recurso para manutenção dela e não dependente dela para viver, esse conceito se estende até hoje, tendo a população um engajamento importante para efetivação das ações de promoção (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A promoção da saúde é agente promotor de autonomia dos usuários, pois valorizam as escolhas por eles tomadas, ela existe em espaços de trocas de saberes e análise do cotidiano o qual incentivam a coprodução de outros modos e posturas de se criar saúde para cada indivíduo, diz Iglesias; Araújo (2011).

3.2 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção Primária, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), compõe um campo de práticas e de produção de novas maneiras de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da

integralidade, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da territorialidade (AOSANI; NUNES, 2013).

A APS engloba diversas ações em saúde por ser o centro regulador dos serviços de saúde e por ser o serviço mais próximo da comunidade ao qual está vinculada. Segundo Lavras (2011), essas unidades de saúde correspondem dentro dos serviços de saúde a prestar diversos cuidados dentre eles atividades clínicas de baixa massa volumar tecnológica, nessas unidades também majoritariamente é onde deveria se dar o primeiro contato da população com os serviços de saúde, pois a partir dela os problemas da comunidade seriam encaminhados para serviços mais especializados.

Por serem unidades primárias elas não dispõem de um aparato tecnológico amplo, pois a partir desse serviço os usuários são encaminhados à serviços de atenção especializada de acordo com suas necessidades. Assim, vemos a importância das tecnologias leves em saúde serem desenvolvidas nessas unidades de saúde, pois por desfrutarem de pouco aparato tecnológico mais o lugar das tecnologias leves para produção do cuidado é bem mais amplo.

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) trabalha na perspectiva do indivíduo e família, justamente onde se encontra a essência do trabalho em saúde mental: o núcleo familiar (ARISTIDES; CARVALHO; BALLESTER, p.4, 2013).

Os transtornos mentais são parte representativa da demanda das unidades básicas de saúde, exigindo da equipe preparo para lidar com esses problemas e discernimento para poder encaminhar os casos que realmente merecem atenção mais especializada dos demais serviços da rede. “Ao mesmo tempo, a articulação entre SM e AB desperta crescente interesse científico, tendo em vista que os transtornos mentais representam uma parcela significativa da demanda da AB” (FORTES et al., p.152, 2011).

A inserção de ações de saúde mental nos serviços de atenção básica tornou-se essencial e tem sido estimulada pela OMS desde a década de 1990, uma vez que o aspecto emocional também deve ser considerado no processo saúde-doença das pessoas (SANTOS, p.59, 2014).

A articulação entre os serviços de saúde mental e atenção primária é um desafio a ser enfrentado. Isso porque, para que ocorra a melhoria da assistência prestada e ampliação do acesso da população à esses serviços, é necessária a efetivação dessa articulação de serviços, a fim de promover continuidade da assistência (AOSANI; NUNES, 2013).

Existem princípios os quais justificam o vínculo entre a APS e a SM, além da intersetorialidade dos serviços, cumprindo assim alguns princípios do SUS, a multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, a construção da autonomia do usuário em comunidade e a organização da SM em rede de atenção configuram essa necessidade de diálogo entre as áreas (BOTTI; ANDRADE, 2008).

Existe uma certa dificuldade por parte da equipe da APS de lidar com a demanda de Saúde Mental que chega até ela, visto que nem todos os casos devem ser encaminhados aos CAPS que são responsáveis pelo atendimento de usuários com transtornos moderados a graves, os casos de transtornos leves podem e devem ser solucionados na unidade básica. “As demandas surgidas em saúde mental na atenção básica municipal são, em sua grande maioria, referenciadas para o CAPS e ou atenção ambulatorial especializada, numa relação que privilegia o sistema de referência/contrarreferência.” (CAMPOS Jr; AMARANTE, 2015, p.427).

Segundo Hides; Scaparo (p.385, 2015), a implantação do atendimento à Saúde Mental na APS traz benefícios não somente para a equipe que engloba mais saberes a suas práticas de produção do cuidado, mas também benefícios para a comunidade que será atendida de modo integral, o qual é preconizado pelo SUS e suas diretrizes, além de facilitar o acesso aos serviços de Saúde Mental em um só lugar.

Para a produção da saúde de modo integral essa integração de serviços é fundamental, visto que existem acometimentos que podem ser tratados na APS, construindo assim uma rede estruturada e com continuidade do cuidado, desfazendo a fragmentação que existe hoje nos serviços, sendo que o paciente em um só lugar pode receber todos os cuidados que necessitam, integrando corpo e mente.

Arona (2009) diz que para oferecer esse atendimento de SM na APS devido ao despreparo e insegurança dos profissionais frente a esses casos existe o apoio matricial, que busca oferecer junto as equipes das unidades de saúde um maior apoio para que a integralidade do cuidado seja garantida para que ocorra a responsabilização do processo de assistência por parte da equipe da APS.

O Apoio Matricial (AM), é um facilitador da resolução de algumas situações que envolvem SM nos serviços da APS, uma vez que, o treinamento e troca de experiências seja feito de tal maneira que a equipe da APS resolva a situação sem precisar encaminhar o usuário aos serviços especializados (MACHADO; CAMATTA, 2013).

Considera-se o matriciamento como retaguarda na assistência à saúde mental aos trabalhadores da equipe da APS, pois fornece apoio especializado aos problemas de

saúde, e à educação permanente como possibilitadora de reflexão e mudanças de práticas no processo de trabalho (ARISTIDES; CARVALHO; BALLESTER, 2013).

O matriciamento pode ser interpretado como uma estratégia de trabalho em rede, ou seja, mediante a integralidade dos serviços de saúde, uma das diretrizes do SUS, pois prima pela continuidade do cuidado, frente a um rede que é fragilizada e muitas vezes não pode oferecer essa integralidade.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo que trabalha “com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (MINAYO, 2004, p.28). Optou-se pela Análise de Conteúdo como ferramenta de análise.

A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto nas suas transformações, como construções humanas significativas (BARDIN, 1977).

Essa classificação de pesquisa permite criar um modelo de compreensão mais profundo do objeto estudado, fazendo isso através de ligações de elementos, direcionando assim a compreensão (MINAYO, 2007).

A pesquisa foi pautada na técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), a qual propõe entender melhor como se dá a produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária.

4.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza – CE, atualmente o município encontra-se dividido em sete Secretarias Regionais (SR), sendo cada uma responsável pelos serviços de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e infraestrutura que cada território possui (FORTALEZA, 2017b).

A área do município de Fortaleza que constitui a SR IV possui uma área territorial de 34.272 km², e abrange 19 bairros sendo eles: Aeroporto, Benfica, Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Dendê, Demócrito Rocha, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Peri e Vila União (FORTALEZA, 2017b).

Foi realizado mais especificamente na Regional IV, a qual pertence ao campo de atuação da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a mesma está inserida, a Universidade fornece produtos e serviços para a mesma. Na pesquisa trabalhamos com

dados advindos da Atenção Primária, portanto realizamos a coleta em uma Unidade Básica da Regional IV.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos que compõem a amostra do estudo são profissionais da APS e usuários do serviço. Os critérios de inclusão para profissionais de saúde foram: Possuir nível superior, atuar há mais de um ano a unidade de saúde, ter contato direto com o cuidado ofertado na unidade. E, os critérios de exclusão foram: Estarem de férias ou de licença no período da coleta.

Para os usuários os critérios de inclusão foram: Serem maiores de 18 anos, possuir pelo menos quatro atendimento na unidade, e apresentarem alguma necessidade relacionada ao atendimento em Saúde Mental. Os critérios de exclusão aplicados foram: apresentarem disartria, disfonia, ou desorientação tempo-espaço.

A participação dos usuários e profissionais no estudo justificou-se pela aproximação com o tema, por podermos ter acesso à versão dos usuários e em contrapartida dos profissionais.

A população do estudo é composta por 14 indivíduos, sendo 10 usuários e 4 profissionais da unidade de saúde. Os números se justificam pelo período da coleta e pelos indivíduos que se dispuseram a entrevista.

Os participantes serão indicados ao longo do texto por meio de representação que constará o grupo ao qual o entrevistado pertence, profissionais e usuários.

4.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA

A coleta ocorreu no período de janeiro de 2018. Foram utilizados para a coleta de dados desse estudo a entrevista semiestruturada (APÊNDICE I E II), a observação sistemática (APÊNDICE III), reunindo as informações obtidas foi destacado o que era mais pertinente para o tema e confeccionada a cartilha.

A entrevista semiestruturada é um instrumento que possui questões subjetivas e objetivas e obtém as informações necessárias através das falas dos entrevistados. O entrevistador deve ser o mais imparcial possível e não sugerir ou de certa forma conduzir

a resposta do entrevistado a um certo ponto. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato de os sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciam também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2008).

Foi feita a gravação das entrevistas sendo que o entrevistado permita a mesma, as gravações serão armazenadas na íntegra em arquivos digitais de áudio. Ressalta-se que as gravações estarão à disposição dos entrevistados caso mudem de opinião, queiram acrescentar algo, mudar ou não fazer mais parte da pesquisa.

Segundo Trivinos (1992), com o método de observação sistemática é possível complementar as informações obtidas com a entrevista semiestruturada que será utilizada, pois a mesma permite captar a realidade em ato e suas diferentes dimensões.

Em síntese, a coleta do material empírico manterá os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando assim o anonimato e sigilo quanto as respostas dos entrevistados e o que foi observado.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O material empírico coletado foi analisado de acordo com a análise temática das entrevistas e observações.

Utilizou-se da análise de conteúdo que diz respeito a um conjunto de técnicas que passando por procedimentos e técnicas sistemáticas chegam à descrição do conteúdo que planejou-se analisar. “Ou seja, análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2010, p.303).

A análise de conteúdo é composta por etapas básicas que foram simplificadas por Minayo (1999), que são ordenação, classificação e análise final dos dados. No primeiro momento foi feita ordenação do material complementar à leitura inicial, para que as primeiras impressões fossem estabelecidas.

Para que a composição do material que fará parte do estudo o analista precisa seguir algumas regras fundamentais para que o material seja coeso e o estudo seja o mais

representativo possível. Deve seguir as regras de exaustividade que exige que nenhum documento possa ser deixado de fora. A segunda regra é da homogeneidade, a qual exige que os documentos façam parte o mesmo tema, para que possa haver comparação de conteúdo, e a última regra é de pertinência, na qual permite que os documentos devam se correlacionar em relação aos objetivos o estudo em questão.

A segunda etapa é a classificação que é realizada em dois momentos, o primeiro é de leitura exaustiva e flutuante do conteúdo contido nas entrevistas, recortando e realizando uma síntese geral de cada entrevista. Assim, possibilita a visualização completa das ideias centrais que representam categorias e subcategorias. Destacam-se nesse momento, as “estruturas de relevância” que possibilitam a apreensão das ideias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco (MINAYO, 1999).

O segundo momento da etapa de classificação é a leitura transversal dos conteúdos, estruturados a partir dos núcleos de sentido, possibilitando fazer a filtragem dos temas mais importantes relacionados ao objetivo.

A última etapa do estudo foi a análise final dos dados, para a análise desses dados necessita-se de uma movimentação e interação contínua do material empírico coletado e os dados cientificamente embasados, para que complementem, conversem, para que os resultados sejam gerados, segundo Assis et al. (1998).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa em questão será desenvolvido de acordo com as normas vigentes expressas na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). Este projeto será submetido à uma análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e no decorrer do processo de desenvolvimento serão seguidas as orientações e demais recomendações éticas para realização da pesquisa.

Será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes da pesquisa no ato do convite a participar das entrevistas e demais atividades que serão realizadas nos serviços, os quais ficarão com a posse de uma cópia a qual ficará outra com o pesquisador, com o único intuito de fornecer elementos para a realização do projeto de pesquisa, da pesquisa em si e das demais publicações que poderão vir a existir

a partir desta pesquisa. Será resguardada a confidencialidade dos dados e informações repassadas pelo participante durante a pesquisa e sua identificação. A pesquisa a ser realizada trará o mínimo de prejuízo possível ao participante e nenhum benefício relacionado à ressarcimento.

O pesquisador deverá manter os participantes informados sobre o andamento da pesquisa e ao final da mesma deve comunicar os seus resultados e/ou devolver-lhes o produto alcançado com o desenvolvimento da pesquisa. O material coletado não será comercializado ou divulgação que possa vir a prejudicar os entrevistados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir, apresentaremos a análise das entrevistas com profissionais e usuários do serviço de saúde, tendo como fundamento para esses resultados o referencial teórico. Procedemos a análise das falas segundo o proposto por Bardin em sua análise de conteúdo. Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, os usuários serão identificados pela letra “U” seguida da numeração da entrevista, e os profissionais pela letra “P” seguida da numeração da entrevista.

5.1 MEDICAMENTALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Neste tópico discutiremos as percepções que os usuários e os profissionais tem sobre o cuidado oferecido em Saúde Mental na unidade de Atenção Primária, visto a integralidade desse cuidado, resolução e continuidade.

Aos usuários do serviço que fazem uso de medicações controladas, os quais tem um necessidade de cuidado em Saúde Mental é indicado que sendo acompanhado por unidade básica, esta faça a dispensação de medicação, além de avaliação médica e acompanhamento psicológico, de acordo com Aossani; Nunes (2013).

Mas, de acordo com as falas a seguir percebe-se que isso não corre na unidade em questão, ocorre quase que exclusivamente apenas a dispensação de medicação, e as vezes, até esse quesito se torna falho dentro da assistência prestada aos usuários de Saúde Mental.

O atendimento é bom, a gente... bem o problema é medicação né que não tem que a gente vem atrás e aí não tem. E aí a gente tem que comprar né porque senão compra né se ficar sem tomar você já não se sente bem né, eu pelo menos não me sinto bem. (U8)

Foi bom eu recebi medicamento e o médico já passou a receita porque na verdade é só um repassamento mesmo do encaminhamento e ele só passa a receita não tem nada mais do que isso... (U2)

Outro modelo de prática exercido pela equipe de ESF é a medicalização. Suas práticas entram no acompanhamento e controle para que o uso do medicamento seja feito de forma correta e contínua (MOLINER; LOPES, 2013).

Outro ponto notado ao longo das entrevistas foi que os usuários avaliam o atendimento prestado a eles em relação a Saúde Mental está embasado apenas na renovação e dispensação da medicação, se isso não ocorre eles avaliam como ruim o atendimento, se esses serviços forem prestados eles avaliam como bom, remetendo-nos ao modelo biomédico ao qual o tratamento era exclusivamente medicamentoso e voltado apenas para a resolução da doença orgânica, deixando de lado todo o contexto de integralidade e de promoção da saúde.

É fundamental também pontuar que não basta apenas haver o medicamento à disposição nas unidades saúde da família, é necessário que a equipe saúde da família esteja preparada para dar esta assistência, o que chamamos de acesso organizacional.

A fragmentação das ações de saúde prestadas à esses usuários é outro ponto que dificulta a prestação do cuidado adequado, sendo que isso se reflete nas poucas ações que são aplicadas a essa população e suas famílias (SOUSA, 2014).

Com essa fala também levantamos a problemática de que o mal funcionamento dos serviços de saúde, desse em questão, interfere na terapêutica do usuário, pois na falta de medicação e muitas vezes de condições o tratamento é interrompido, trazendo assim malefícios.

Tomava um comprimido por noite, mas ai eu parei por conta própria mesmo, porque quando aqui não tinha eu tinha que comprar na Pague Menos, ai ficava caro pra mim. (U6)

Quando tem medicação aqui eu tomo direitinho, faz uns 5 anos que faço uso de amitriptilina, né, mas ai é 5 anos assim, que eu conto com tudo, porque já passei uns tempos sem tomar, porque falta né e ai nem sempre a gente tem condição. (U9)

Com isso percebe-se que, o modelo biomédico e a verticalização da assistência ainda estão arraigados em muitos serviços de saúde e na concepção de muitos usuários quando o assunto é tratamento e em relação a avaliação do serviço, com isso privilegia-se o modo curativo deixando de lado as relações que podem ser construídas dentro do projeto terapêutico para dar completude ao tratamento (MOLINER; LOPES, 2013).

Na história da Reforma psiquiátrica que tenta se configurar, ainda com dificuldades por esses valores ainda firmados dos modelos anteriores, um dos desafios é a ruptura com esses paradigmas, como as causas apenas orgânicas, para que seja dada a

devida importância que as relações e as causas sujeito e ambiente merecem nesse processo.

A questão de renovação de receita também foi uma temática muito abordada no decorrer das entrevistas, na qual os usuários também avaliavam o serviço através desse ponto.

Além disso, percebeu-se, tanto na análise das falas dos usuários quanto dos profissionais que renovação de receita é basicamente o serviço oferecido aos usuários que buscam a unidade para atendimento em saúde Mental, tanto os usuários já chegam ao serviço com essa intenção única e exclusivamente, como muitas vezes é o serviço que os profissionais prestam, ou por falta de preparo ou por falta de outras alternativas.

Não, eu venho para renovar receita por quê para ir pegar lá no Caps eu tenho que ir para acolhida e a acolhida só são 10 fichas aí quando eu chego não tem mais aí eu acho melhor vir atrás da Receita aqui. (U1)

Aí eu fiquei vindo para cá para o doutor né, aí ele ficou sempre me dando a minhas receita né, porque eu já tinha né aí ficou só renovando né. (U4)

A gente vem pegar a receita, não vai poder pegar a medicação mas não tem outra coisa a mais não assim não só para fazer isso mesmo que se não tem lá gente vem aqui né aí se a gente tiver com a receita eles fazem né, aí se a gente não tiver aí é mais difícil né porque a gente não se lembra a medicação que toma aí como é que ele vai prescrever se a gente não sabe, aí tem que trazer a receita né, que a gente já tem uma antiga né Aí dá certo. (U10)

Em todas as falas acima é enaltecido a proposta e atendimento em Saúde Mental prestada pela Atenção Primária, está claro que isso está longe do que é preconizado pelos manuais, cadernos de atenção e mesmo pela proposta de parceria entre as redes de cuidado envolvidas.

Então assim na verdade a maioria dessas consultas se resumem a renovação de receita né que aí dependendo do caso enfermeira até preenche e o médico carimba é só renovação de receita e quando o paciente está realmente com algum sintoma alguma alteração em relação ao medicamento Aí sim a gente coloca para o médico. (P1)

O atendimento do paciente de saúde mental ele não tem nada de diferenciado nem algo demais dos demais pacientes. (P2)

Na fala acima o profissional destaca que a consulta para usuário de Saúde Mental ocorre como dos outros pacientes, sem nenhuma atenção especializada a mais, ou algum tipo de intervenção diferenciada.

As ações na Atenção Primária voltadas para Saúde Mental devem ir além de renovação de receitas e dispensação de medicação, visto que deve-se obedecer ao modelo de redes de cuidado que vem se estabelecendo há alguns anos no Brasil, o qual prevê a produção de atuação transversal com outras políticas, com objetivo final de estabelecer vínculos e o acolhimento do usuário (AOSANI; NUNES, 2013).

Quando foi questionado se outras alternativas de tratamento fora a medicação foram ofertadas aos usuários, em sua totalidade de usuários entrevistados responderam que não, é o que percebe-se a seguir.

Não, não, não foi não, quer dizer lá no Caps tem né, eu não vou porque eu não tenho tempo né, e aqui não tem né, assim só você aqui que tá conversando comigo agora. (U8)

Não só a medicação mesmo. (U7)

As vezes lá no CAPS tem, aqui eu nunca vi nada não, isso que tu fala é negocio de grupo né? Aqui não. (U9)

Sabe-se que a terapia medicamentosa sempre deve estar associada a outra terapia alternativa, quer seja um acompanhamento regular com psicólogo, quer seja uma conversa com escuta qualificada oferecida pelos profissionais, ou mesmo como foi citado, grupos e rodas de conversa, onde existe uma interação maior entre os usuários e trocas de experiências.

5.2 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS

Em relação as potencialidades do cuidado prestado em Saúde Mental pela equipe do serviço que foi citado como ponto positivo foi a equipe, por esta aberta sempre receber esses pacientes do jeito que podem, da melhor forma possível dentro das suas inúmeras limitações.

Foi citado nas falas dos profissionais sempre que um ponto positivo era a equipe, por ser muito coesa, aberta. Os enfermeiros relataram que os médicos são sempre muito abertos as dúvidas que eles tenham sobre o tema com algum caso de usuários que chegam até eles.

Isso foi identificado nas seguintes falas, além de ressaltarem que alguns médicos da unidade tenham um maior interesse sobre a área, mas mesmo assim notamos

que isso não surte muito efeito em alguma alteração nas consultas destinadas a esses usuários.

Potencialidades né a equipe nossa equipe é muito unida muito coesa os médicos são muito tranquilos abertos nós temos aqui alguns médicos que tem algum interesse na parte de saúde mental... (P1)

As potencialidades acho que Deva ser a nossa equipe né, Por prestar esse atendimento né não é especializado Não é isso não tem na nossa agenda não tem na nossa agenda um dia marcado para atendimento de pacientes com saúde mental né Mas pela nossa equipe recebe poder de certa forma atender o que eles pedem... (P3)

Outra potencialidade citada que é muito importante para prestação do cuidado integral diz respeito a proximidade da equipe da Atenção Primária com a população, isso se usado devidamente promoveria mais vínculo dos profissionais com esses usuários, assim eles poderiam desempenhar ações mais vigorosas sobre a temática.

Devido à proximidade com as famílias e as comunidades, a ESF se constitui num recurso indispensável para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento mental (SIMÕES; MOREIRA, p.225, 2013).

Dentre as fragilidades citadas pelos entrevistados uma foi a falta de medicação, que causa prejuízo ao projeto terapêutico dos usuários, fazendo com que muitos abandonem o tratamento por não apresentar condições de comprar a medicação nas farmácias.

O que precisa melhorar essa medicação né, e ter médico né, no caso né tem pra poder renovar nossas receita, e aqui é bom é que eles trata a gente bem né. (U8)

Em relação as fragilidades encontradas no serviço, um ponto que foi mencionado por um profissional foi que eles não tem um controle dos usuários de Saúde Mental que frequentam a unidade, sabem que tem muitos usuários, mas que não tem um controle deles, não tem conhecimento de quais usuários apresentam essa demanda.

Essa questão é um fator importante para o resgate desses pacientes, pois quando se tem conhecimento que certo paciente tem essas necessidades, precisa de um atendimento mais especializado o profissional se prepara, e, em relação ao resgate desses

pacientes para os retornos quando se conhece se torna mais fácil, até para o acompanhamento da tomada dos remédios.

Realmente nesse ponto entra mais uma vez a questão do vínculo que é imprescindível para uma continuidade do tratamento, para um maior envolvimento do próprio usuário com seu processo terapêutico, vínculo promove essa maior interação entre os envolvidos no processo.

O estabelecimento de vínculo com o usuário, uma das premissas importantes do movimento pela Reforma Psiquiátrica, é outra dificuldade salientada pelos profissionais entrevistados (AOSANI; NUNES, p. 75, 2013).

...Que a principal fragilidade é a demanda muito grande mas temos muitos pacientes, o desconhecimento desses pacientes porque a gente só conhece eles quando eles vêm realmente encaminhados pelo CAPS... (P1)

...Então no caso da saúde mental isso não acontece né, muitas vezes consegue a prescrição e o Enfermeiro não chega a ele nesse momento de detecção a gente às vezes só chega a entrar em contato com esse paciente no acolhimento não há um agendamento da enfermagem. (P2)

Um problema potencial que eu percebo aqui é o desconhecimento dos pacientes né, porque muitas vezes a gente só tem esse conhecimento mesmo na demanda espontânea... (P4)

Com essa situação o resgate desses pacientes para o retorno e acompanhamento se torna difícil, ou mesmo em casos que necessitam de um aparato a mais como a visita domiciliar, com o desconhecimento desses pacientes não será possível.

Com a falta de médico nos CAPS o fluxo que deveria ser da Atenção Primária para o CAPS se torna inversa, onde foi relatado que isso gera um contra fluxo gigante, onde as unidades não estão preparadas para receber esses usuários de modo adequado com um olhar diferenciado.

...é um contra fluxo bizarro porque no caso era para nós estarmos encaminhando para eles nós que deveríamos estar encaminhando para o caps e não eles encaminhando para gente, mas... (P1)

Outro ponto bastante abordado foi a falta de preparo que os profissionais sentem em relação a forma correta de prestar esse cuidado, a abordagem que devem fazer com esses usuários, para onde encaminhar em caso de crises, como proceder frente à isso.

Então acho que dentro das fragilidades o que é maior é a falta de... de capacitação sensibilização dos profissionais acerca desse sofrimento. (P2)

As fragilidades realmente uma é o preparo porque eu me acho muito despreparado profissionalmente para prestar esse atendimento porque o cuidado de saúde mental não é apenas a medicação né a gente sabe que vai muito além disso mas o quê A gente pode fazer a gente faz. (P3)

... E a falta de preparo por exemplo nós enfermeiros a gente só teve na grande maioria dos casos só a disciplina de saúde mental enfermagem na graduação e já faz muito tempo e depois a gente não teve nenhuma outra capacitação. (P1)

O problema de saúde mental remete para uma problematização sobre a formação das equipes, muitas vezes, incompletas, e ainda para a falta de capacitação na área de saúde mental (AOSANI; NUNES, p.75, 2013).

Nota-se nas falas que falta de preparo realmente é um ponto muito relevante no modo como o atendimento é prestado no serviço, pois os profissionais sentem-se muito inseguros frente a um caso de Saúde Mental.

Fora isso, ainda ressalta-se a falta de capacitação oferecida através do matriciamento, o qual não existe há muitos anos no serviço pesquisado.

O matriciamento serve como retaguarda para as ações em Saúde Mental oferecidas para os usuários que tem essa demanda, no qual as equipes trocam experiências e saberes para um cuidado mais integrado e coeso.

Não houve mais matriciamento desde o primeiro ano da gestão. E aí assim não houve mais esse matriciamento aqui na nossa unidade em Saúde Mental, o que é uma grande perda porque nesse matriciamento de certa forma a gente aprende bastante então é uma fragilidade a falta do matriciamento. (P1)

O apoio matricial nesse contexto, mostrar-se como importante estratégia de articulação entre saúde mental e AB, ou seja, pode ser entendido como um recurso de suporte especializado às equipes da Estratégia Saúde da Família (JORGE et al. 2014).

O matriciamento possibilita o fortalecimento do compromisso dos profissionais com a produção da saúde, permitindo assim a condução dos casos, fortalecendo a corresponsabilização nos casos de Saúde Mental e diminuindo assim o número de encaminhamentos, acarretando em maior vínculo também entre as equipes, assim como com os usuários também.

Acrescenta-se a discussão sobre a ausência de um profissional especialista, como um psicólogo ou psiquiatra, para dar suporte aos trabalhadores e para reverter a ausência de matriciamento (AOSANI; NUNES, p.75, 2013).

5.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO AO USUÁRIO DE SAÚDE MENTAL

O cuidado em Saúde Mental nas unidades de Atenção Primária é um desafio para a equipe, inclusive para os profissionais enfermeiros, que muitas vezes se deparam com casos do tipo e não sabem como proceder para oferecer um bom atendimento, que surta efeito.

O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família deve estar preparado para o atendimento básico de saúde ao usuário com transtorno mental, além de incorporar ao seu processo de trabalho ações que promovam a redução de danos (SANTOS, p.71, 2013).

Percebe-se que há uma certa insegurança por parte desses profissionais, pois quando chega até eles um caso voltado para a Saúde Mental, eles não se sentem seguros em fazer o atendimento, e muitas vezes sentem-se insatisfeitos com o que podem oferecer a esses usuários.

Aqui assim nós temos uma enfermeira que ela gosta muito de saúde mental inclusive está fazendo faculdade de psicologia Então ela se dá muito bem nessa temática. Eu por exemplo já não tenho muito domínio na parte de saúde mental. (P1)

Acho que a falta de preparo pesa pra gente nesse momento, a falta do matriciamento pra gente ter um suporte né, porque muitas vezes eu não sei o que eu posso fazer a mais, de verdade... (P4)

Como foi exposto, a necessidade por um apoio matricial é verdadeira na unidade, alguns profissionais entrevistados levantaram a questão, como o que poderia ser um grande auxílio para a efetivação do cuidado.

Portanto, as equipes de saúde mental de apoio à atenção básica devem incorporar ações de supervisão, de atendimento em conjunto e de atendimento específico, além de participar das iniciativas de qualificação dos profissionais (SOUSA; RIVERA, p.127, 2010).

Entre as ações que os profissionais executam em relação a assistência aos pacientes de Saúde Mental a prática mais comum ouvida foi relacionada a medicalização,

em que muitos casos, ou a maioria procura atendimento na unidade apenas para renovação de receita e pegar medicação.

Bom, é como eu te falei, basicamente a gente renova receita, no caso a gente transcreve e o médico ele carimba né, ou então o paciente vem assim e a gente encaminha ele para o médico para o médico fazer essa parte realmente de prescrição de medicamentos né... (P3)

Essa forma de atendimento em Saúde Mental voltado para fornecimento de medicação e consulta médica é vista como insuficiente quando se trata da assistência que deve ser oferecida fora dos muros dos hospitais psiquiátricos e do modelo que está tentando ser firmado pela Reforma Psiquiátrica.

Esse enfoque, que acaba sendo privilegiado, muitas vezes irá impedir que o profissional olhe e cuide das outras questões que permeiam os sujeitos e seus sintomas (MOLINER; LOPES, p.1080, 2013).

Essa questão da medicação se apresenta muitas vezes como um problema para os profissionais, que questionam a vinda dos pacientes única e exclusivamente para esse propósito, assim muitas vezes eles não tem abertura para executar outras práticas.

Percebe-se o quanto a medicalização permeia os dois vieses citados tanto nas concepções como nas práticas em saúde mental, pois esses são apresentados como a prática mais recorrente e de maior demanda aos profissionais (MOLINER; LOPES, p.1080, 2013).

Visto isso, percebe-se o quanto é necessário que os profissionais ainda sejam preparados e apresentados a outras modalidades de cuidado em Saúde Mental, estas que envolvem terapêuticas que não sejam voltadas apenas para o lado curativo, mas sim que sejam voltadas para humanização, a construção de acolhimento e vínculo desses usuários com os profissionais da unidade.

Outra questão abordada pelos enfermeiros em relação a esse atendimento prestado é a falta de um espaço em sua agenda voltado para esses usuários única e exclusivamente.

No cotidiano desses serviços, as Equipes de Saúde da Família se deparam com uma gama de demandas relativas às necessidades de saúde que emerge como sendo problemas de Saúde Mental (SILVEIRA, p. 78, 2009).

É assim, na agenda da equipe de enfermagem não tem um cronograma, pelo menos que eu tenho visto quando a gente faz o cronograma, a gente sempre diferencia a carga horária do pré-natal, puericultura, hipertenso e diabético, hanseníase mas uma voltada para saúde mental nós não temos. (P2)

No nosso cronograma não temos um horário voltado para atender esses pacientes, na verdade eles estão encaixados nos atendimentos da clínica adulta em geral, como no dia de hipertenso, diabético, e é assim. (P4)

Então se houvesse um horário separado exclusivamente para atendimento desses usuários e houvesse uma busca desses mesmo para haver um acompanhamento periódico por parte dos profissionais seria um grande ganho para essa articulação entre as redes de Saúde Mental e Atenção Primária, esse vínculo seria muito mais ativo e corresponsável.

Apreende-se que a inclusão desses usuários na agenda da Atenção Básica tem se configurado como um nó crítico (SILVEIRA, p.78, 2009).

Apesar das dificuldades encontradas para prestar um cuidado especializado, os profissionais demonstraram interesse nesses usuários, que mesmo não sentindo-se preparados eles tentam oferecer o que podem e resgatar o que aprenderam na graduação sobre essa temática.

O que eu faço é fazer uma escuta qualificada ouvir né, a queixa do paciente, os seus problemas e tudo e na maioria das vezes ou você faz um encaminhamento para o médico da equipe o médico da emergência. (P1)

Eu particularmente gosto muito dessa área então assim eu tenho que dar um suporte naquele dia que estou na DESP, porque o cuidado não é apenas medicamentoso, tem uma série de intervenções. (P2)

Mesmo que as dificuldades apareçam em um primeiro plano, observa-se que os trabalhadores se vinculam a uma perspectiva de cuidado em saúde mental que aposta na potência dos serviços comunitários (AOSANI; NUNES, p.76, 2013).

Mesmo que seja enfatizada a falta de capacitação e de preparo, os enfermeiros dão vestígios de uma tentativa de construção diária que dá espaço para busca por relações de cuidado regidas pela escuta, acolhimento e vínculo.

Dentre as falas, alguns profissionais relataram que ao conversar com os usuários indicam que eles procurem o CAPS para a sua inserção em grupos terapêuticos, já que na unidade não existem grupos voltados para a Saúde Mental.

O tratamento é mais complexo do que apenas medicação né, claro que a gente tem que dar suporte na questão da medicação, mas também esses pacientes precisam se engajar em grupos, pra eles poderem conversar né, já que aqui não tem, nem tá cabendo na nossa agenda eu falo que tem no CAPS. (P4)

Em contrapartida muitos usuários relataram que essa indicação não ocorre, que na unidade não tem, mas que não é oferecido outra alternativa de tratamento fora a medicação, os usuários que frequentam os CAPS tem esse conhecimento, mas os que não frequentam não saem da existência desses grupos.

Vê-se que o desafio de se construir uma rede de atenção que garanta a integralidade e continuidade do cuidado na Saúde Mental pontuando o descompasso entre as práticas de Saúde Mental e as práticas de saúde em sua acepção mais ampla (SILVEIRA, p. 81, 2009).

Assim, para um cuidado mais integral e coeso entre a equipe da unidade e os usuários, possibilitando resolução dos casos que são de responsabilidade da equipe esses pontos citados anteriormente são chaves para uma articulação efetiva entre as redes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa se propôs com o objetivo geral de analisar a produção do cuidado em saúde mental para a promoção da saúde na Atenção Primária. Assim tentou-se perceber como se dá o cuidado prestado em Saúde Mental em uma unidade de Atenção Primária, se existe esse cuidado e como ele é administrado, além de levarmos em consideração suas potencialidades e dificuldades.

Entre as falas analisadas o que prevaleceu foi que o cuidado prestado na unidade em relação à Saúde Mental é feito baseado na proposta de medicalização, tanto os usuários quanto os profissionais regem o cuidado baseado nesse quesito, o qual não é preconizado pela Ministério da Saúde quando propôs a articulação e vinculação das redes de cuidado em saúde.

Referente à avaliação do atendimento voltado para a Saúde Mental prevaleceu a satisfação ou não com o serviço dependendo do fator de ter ou não medicação, ou mesmo da renovação da receita.

Assim reafirma-se que o modelo biologicista, e o tratamento da doença mental basicamente como orgânica e o tratamento medicamentoso como o centro da terapêutica implantada nas unidades e na mente dos usuários.

Sabemos que o tratamento em Saúde Mental vai muito além de apenas a dispensação e administração de medicamentos, eles também tem papel importante para o controle da doença, mas não deve ser usado como centro principal e exclusivo do plano terapêutico.

Claro que, com a falta de medicação ou de sua receita isso prejudicará o tratamento desses usuários, como foi percebido nas falas os quais muitas vezes abandonavam o tratamento por conta própria, pois não tinham condições de adquirir o medicamento nas farmácias convencionais.

Assim, relataram que sentiam-se muitas vezes mal com o abandono brusco e sem indicação do tratamento medicamentoso, além disso, o uso único e exclusivo da medicação sem nenhum tratamento complementar que auxiliasse nesse período sem a medicação agravava o quadro.

A procura dos usuário apenas por medicação foi citada pelos profissionais como uma barreira na complementação do tratamento, por exemplo, quando era tentado alguma abordagem que não fosse a medicação os pacientes eram receosos e não aderiam.

Como potencialidades do cuidado em Saúde Mental oferecido na unidade foram destacados a equipe, por serem abertos aos casos fazerem o que podiam dentro de suas limitações para oferecer um cuidado especializado.

Entre as dificuldades citadas esse processo a falta de capacitação dos profissionais e o sentimento de insegurança frente ao encontro desses casos foi citada por todos. Frisando que há muitos anos não há o matriciamento na unidade, o qual para os profissionais é um dispositivo importante para incorporação das ações de saúde mental na unidade, além de permitir que os profissionais aprendam a lidar com a temática e crie assim um vínculo efetivo entre as redes de cuidado.

Outro fator citado como dificuldades encontradas para a efetivação do cuidado foi o desconhecimento dos usuários que compõem essa demanda pelos profissionais, pois eles só entram em contato com esses usuários em meio a consultas com outros propósitos e na demanda espontânea.

Assim, o resgate desses usuários para retornos e acompanhamentos mais efetivos do seu tratamento torna-se bem mais difícil, e muitas vezes inexistente.

A falta de horários no cronograma da unidade voltado para essa demanda também foi destacado como uma dificuldade pelos profissionais, pois os atendimentos em Saúde Mental são desenvolvidos nos horários das consultas da saúde do adulto em geral.

Os profissionais também ressaltaram que não há uma conduta diferenciada e especializada para atender os usuários de Saúde Mental, e que muitas vezes não há sensibilização por parte dos profissionais quando chegam esses casos em suas salas.

Percebeu-se também que embora as dificuldades relacionadas ao despreparo sejam ressaltadas nas falas, os profissionais tentam da melhor forma possível quando podem um atendimento que envolva a humanização, a escuta qualificada.

E, em meio as falas também nota-se uma insatisfação dos profissionais em relação ao seu atendimento prestado nessa área, a falta de preparo para lidar com os casos incomoda os profissionais, o que é um ponto positivo, o qual induz a uma melhora do seu atendimento.

Por fim, percebe-se que o atendimento em Saúde Mental nas unidades de Atenção Primária ainda é bastante precário, que o modelo biomédico ainda é muito enraizado nos serviços e em meio aos usuários e que para uma real vinculação entre os serviços os gestores devem ser sensibilizados para oferecerem capacitações e

disponibilizarem horários nas agendas dos profissionais para o atendimento dessa população.

REFERÊNCIAS

- AOSANI, T. R., NUNES, K.G. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, jul. /dez. p. 71-80, 2013.
- BORGES, T.L.; HEGADOREN, K.M.; MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Rev Panam Salud Publica**, v.38, n.3, p.195–201, 2015.
- BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciêñ Saúde Colet**, v.1, n.5, p.163-77, 2000.
- BRASIL, Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. n. 98, seção. 1, p. 44 - 46, 2016.
- BRAZ, F.A.F. A importancia do acolhimento aos usuários na atenção básica: uma assistência humanizada. Minas Gerais, 2013.
- BREHMER, L.C.F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.3569-3578, 2010.
- BRUNELLO, M.E.F. *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm**, v.23, n.1, p.131-5, 2010.
- CABRAL, T.M.N.; ALBUQUERQUE, P.C. Saúde Mental Sob a Ótica dos Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, jan / mar, p. 159-171, 2015.
- CAMPOS Jr., A.; AMARANTE, P.D.C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.425-435, 2015.
- CAMARGO Jr. K.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.S58-S68, 2008.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa, **Carta de Ottawa**. Canadá, 1896.
- FERREIRA, T.P.S. et al. Produção do Cuidado em Saúde Mental: desafio para além dos muros institucionais. **Interface**, v.21, n.61, p.373-84, 2017.
- FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede unida, 2014.
- FORTES, S. et al. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. **Rev Bras Psiquiatria**, v.33, n.2, p.150-156, 2011.

FRANCO, T.B. ; MERHY, E.E., Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. (Orgs.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UER/CEPESC ABRASCO, 2005.

HIRDES, A. ; SCAPARO, H.B.K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.383-393, 2015.

IGLESIAS, A. ; ARAÚJO, M.D. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.291-8, 2011.

JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3051-3060, 2011.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, M., DIMENSTEIN M. Matrix support in mental health: a tool for support in care in crisis situations. **Interface**, Botucatu, SP, v.20, n.58, p.625-35, 2016.

MERHY, E.E ; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.**[S.l:s.n], 2008.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINÓIA, P.N.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v.35, n.4, p.1340-1349, 2015.

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.

OLIVEIRA, M.A.C. ; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v.66 (esp), p.158-64, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

POLIT, D.F. ; BECK, C.T. ; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre, Artes Médicas. p. 222- 244, 2004.

SANTOS, A.M. ; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.53-61, 2006.

SANTOS, E. M. **Representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica:** percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. Campinas, SP:[s.n.], 2014.

SILVA Jr, S.D. ; COSTA, F.J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **Revista brasileira de pesquisas de marketing, opinião e mídia**, São Paulo, v. 15, p. 1-16, outubro, 2014.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica:** um diálogo necessário. Belo Horizonte:[s.n.], 2009.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

TURATO, E .R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis RJ.: Editora Vozes, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM O USUÁRIO

Iniciais:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Diagnostico:

1. Como você percebe o cuidado em saúde mental na unidade?
2. O que você acha bom e o que poderia melhorar na unidade referente ao cuidado em saúde mental?
3. Você já foi atendido pelo enfermeiro para algum atendimento de saúde? Como foi esse atendimento?
4. Você faz uso de medicação para saúde mental? A quanto tempo? Quais as medicações que você faz uso? Nesse período teve modificação ou desmame da medicação? Foi oferecido alguma alternativa fora a medicação?

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAL

Nome:

Profissão:

Tempo de atuação no serviço:

Vínculo empregatício:

Pos- graduação (quais?):

1. Como é realizado o atendimento de saúde mental na unidade?
2. Quais as potencialidades e fragilidades que você encontra no serviço referente ao cuidado de saúde mental?
3. Se for enfermeiro: como se dá o atendimento de enfermagem em saúde mental nessa unidade?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Observar:

Se há consulta de saúde mental

Como o enfermeiro realiza a consulta de saúde mental

Se é colocado no sistema como consulta de saúde mental

Como se dá a produção do cuidado

- Local de atendimento do usuário

- Onde o atendimento é realizado?
- Há privacidade para o usuário?

- Relação profissional X Usuário

- O profissional chama o usuário pelo nome?
- O usuário chama o profissional pelo nome?
- Como é a relação entre usuário e profissional?
- O profissional demonstra interesse pelos assuntos do usuário?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Estamos convidando o Sr. (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Produção do cuidado em Saúde Mental: Promovendo saúde na Atenção Primária”, de responsabilidade da pesquisadora Rita de Cassia Gadelha da Silva, acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, sob a orientação da Prof^a. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. O objetivo desse estudo é compreender como ocorre a atenção em Saúde Mental na Atenção Primária.

Essa pesquisa é do tipo qualitativa, e tem por objetivo analisar como se dá a produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária. O instrumento de coleta de dados utilizado será a entrevista semiestruturada, para que os dados coletados sejam os mais verdadeiros possíveis à realidade existente. As informações obtidas serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizada para a produção de trabalhos acadêmicos e para a publicação de periódicos científicos na área de saúde.

Asseguramos ao Sr.(a) o sigilo das informações fornecidas, bem como o respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, além da liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento do participante. A participação nesta pesquisa não é obrigatória, não lhe trará nenhum ônus financeiro. Sua participação poderá trazer riscos emocionais decorrentes dos seus depoimentos, a partir das recordações de acontecimentos vivenciados. O pesquisador estará atento para resolvê-los ou minimizá-los.

Caso deseje entender melhor a pesquisa ou desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com a pesquisadora pelo telefone (85) 99784-9618 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE que encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Silas Munguba 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE. Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador. Caso aceite participar desse estudo como voluntário (a) assine este termo de consentimento que consta de duas vias, o qual você ficará com uma via, e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Eu, _____, declaro que fui informado e concordo em participar, como voluntário, da pesquisa acima descrita.

Fortaleza, ____ de _____ de 2017.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS USUÁRIOS DO SUS

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada “Produção do cuidado em Saúde Mental: Promovendo saúde na Atenção Primária”, de responsabilidade da pesquisadora Rita de Cassia Gadelha da Silva, acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, sob a orientação da Prof^a. Dra. Maria Salete Bessa Jorge. O objetivo desse estudo é analisar como se dá a produção do cuidado em saúde mental na atenção primária.

Essa pesquisa é do tipo qualitativa, e tem por objetivo analisar como se dá a produção do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária. O instrumento de coleta de dados utilizado será a entrevista semiestruturada, para que os dados coletados sejam os mais verdadeiros possíveis à realidade existente. As informações obtidas serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizada para a produção de trabalhos acadêmicos e para a publicação de periódicos científicos na área de saúde. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o grupo focal. Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada. Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação e serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Silas Munguba 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE. Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, declaro que fui informado e concordo em participar, como voluntário, da pesquisa acima descrita.

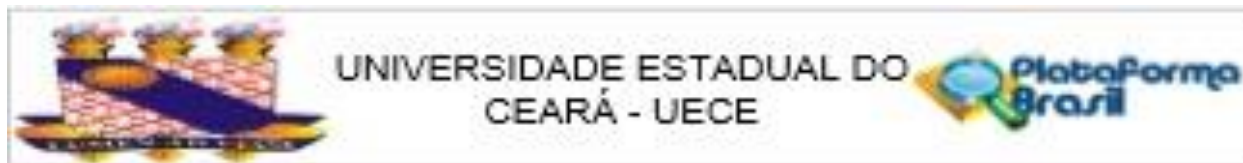
Fortaleza, ____ de _____ de 2017.

Participante

Pesquisador

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO EM REDES COMPARTILHADAS:

espaços de tecnologia e inovação para o cuidado na atenção primária à saúde

Pesquisador: Maria Sakete Bessa Jorge

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57795216.6.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.710.586

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de validação de tecnologia do tipo pesquisa de desenvolvimento metodológico com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa metodológica desenvolve instrumentos e costuma envolver métodos complexos e sofisticados, incluindo o uso de modelos com métodos mistos (quanti-qual). Refere-se a investigações dos métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Tratam do

desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011). No estudo metodológico o pesquisador

tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas.

Esse estudo cabe a qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos como o comportamento ou a saúde dos indivíduos (POLIT;

HUNGLER, 1995) Esse tipo de pesquisa é considerado uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para

elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa de uma intervenção existente, ou ainda, elabora ou melhora um instrumento, um dispositivo ou um método de mediação (CONTANDRIOPOULOS, et al, 1997). A abordagem quantitativa na pesquisa metodológica permite

Endereço: Av. Sêneca Mangaba, 1700

Cidade: Itaperiá

CEP: 60.714-900

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9900

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Contribuição do Pesquisador: 1.711.538

análises do grau de precisão do instrumento e a abordagem qualitativa permite análises descritivas das opiniões dos juízes-especialistas, chegando à validação do instrumento pela concordância das sugestões e valorização da importância e satisfação desse instrumento para o público-alvo. O objeto de estudo exige a composição metodológica múltipla por apresentar uma complexidade estrutural e relacional nas dimensões e eixos de análise do fenômeno estudado.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as variáveis de contexto e de implementação do funcionamento das redes de saúde, bem como, as evidências qualitativas, com interface nas dimensões política, econômico-social, organizacional, assistenciais e ferramentas tecnológicas, em Fortaleza.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No que se refere aos riscos (possíveis impactos negativos), os sujeitos participantes da pesquisa podem sentir desconforto, inibição ou incômodo em compartilhar informações pessoais ou confidenciais. Quanto aos Benefícios da pesquisa, este estudo gerará uma plataforma digital que facilitará as ações de monitoramento e avaliação das unidades de pronto atendimento, como também a participação dos usuários e sua satisfação com o serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo parte do pressuposto, que se a organização de redes integradas de atenção possui ferramentas e instrumentos adequados para a gestão eia é capaz de melhorar estado de saúde da população com equidade, diminuir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de serviços; Desta forma os resultados da presente pesquisa sem dúvida, através das tecnologias validadas, repercutirá de forma significativa na melhoria do atenção prestada nas unidades de pronto atendimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão presentes, de acordo com os ditames da resolução 466/12 do CONEP.

Recomendações:

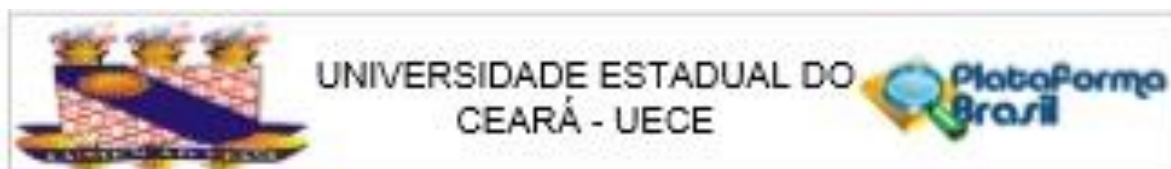
Projeto dentro dos conformes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. São Mangaba, 1700
 Bairro: Itapeli CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (085)3101-6890 Fax: (085)3101-6906 E-mail: cep@uece.br



Contribuição do Parecer: 1.711.008

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_750242.pdf	13/07/2016 13:37:06		Aceito
Outros	roteiro_de_entrevistas.pdf	13/07/2016 13:36:35	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Outros	roteiro_observ.pdf	13/07/2016 13:35:51	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_trabalhador.docx	13/07/2016 13:34:24	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Outros	Anuencia_Pronex.pdf	13/07/2016 13:33:46	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	13/07/2016 13:33:09	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_gestao_de_redes.pdf	13/07/2016 13:32:48	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores.pdf	13/07/2016 13:29:43	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_trabalhadores.docx	13/07/2016 13:29:26	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Cronograma	cronograma_redes.pdf	13/07/2016 13:29:01	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	13/07/2016 13:28:36	Maria Salete Bessa Jorge	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 02 de Setembro de 2016

Assinado por:
ISAAC NETO GOMES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Siqueira Mangabeira, 1700
 Bairro: Itapevi
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (085)3101-9900 Fax: (085)3101-9900 E-mail: cep@uece.br
 CEP: 60.714-903