



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE - ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CONDIÇÕES
DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVIDA**

TIZIANA BEZERRA GERBALDO

**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UMA
ANÁLISE A PARTIR DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB**

MANAUS – AM,

2017

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES
DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

TIZIANA BEZERRA GERBALDO

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UMA
ANÁLISE A PARTIR DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situações de vulnerabilidade.

ORIENTADOR: Prof. Dr^a. Maria Luiza Garnelo Pereira

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr^a. Adenilda Teixeira Arruda

MANAUS – AM

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Seção Biblioteca Dr. Antônio Levino da Silva Neto - ILM D

G361o

Gerbaldo, Tiziana Bezerra.

partir

Organização do cuidado em Saúde Mental no Brasil: uma análise a

Manaus:

da avaliação externa do PMAQ-AB. / Tiziana Bezerra Gerbaldo. -

Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

81 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Garnelo Pereira.

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adenilda Teixeira Arruda.

de

1. Saúde Mental – Brasil 2. Atenção Primária à Saúde 3. Programas

Saúde – Brasil I. Título

CDU 613.86:614(81) (043.3)

CDD 362.20420981

22. ed.

TIZIANA BEZERRA GERBALDO

**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: UMA
ANÁLISE A PARTIR DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PMAQ-AB**

Dissertação de Mestrado
submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Condições de Vida e Situações de
Saúde na Amazônia, como requisito
obrigatório para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública, área de
concentração Processo Saúde, Doença e
Organização da Atenção a populações
indígenas e outros grupos em situações de
vulnerabilidade.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Garnelo Pereira - Orientadora
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof^º. Dr^ª. Rosana Cristina Pereira Parente - Membro
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Rogério Lessa Horta - Membro
Clínica de Medicina e Psicoterapia Rogério Horta ME LTDA

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial minha mãe e meu pai, pelo apoio e suporte enquanto foi possível, que me permitiram alcançar o que tenho hoje e me permitem sonhar em atingir outros patamares.

Aos meus amigos pelo suporte nos momentos difíceis que fizeram parte desta caminhada.

À Doutora Luiza Garnelo, por dividir sua sabedoria e pela impecável condução deste trabalho.

À Doutora Adenilda Arruda pelo carinho, disponibilidade e dedicação.

Ao Doutor Bernardo Horta, por sua disponibilidade e colaboração inestimável.

Ao Doutor Maximiliano Souza pelas valiosas contribuições realizadas no exame de qualificação.

Ao amigo Ycaro, pela disposição em ajudar e por gentilmente acolher os alunos na biblioteca.

À toda equipe do Instituto Leônidas e Maria Deane pela presteza no atendimento.

A todos aqueles que direta ou indiretamente auxiliaram na construção deste trabalho.

RESUMO

A reorientação do modelo assistencial em saúde mental reafirmou a necessidade do fortalecimento da rede de atenção psicossocial, especialmente da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica. Esta dissertação empreende uma avaliação normativa da organização do cuidado em saúde mental através de dados do Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica (PMAQ), mediante a caracterização das ações de saúde mental ofertadas pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) e descrição do apoio matricial em saúde mental dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com associação com as regiões geopolíticas do Brasil. O universo do estudo abarca 29.778 EqSF e 1.773 NASF, equivalendo a 87,1% e 84,38% do total de equipes implantadas no país em 2013, respectivamente. A análise contemplou o reagrupamento das perguntas oriundas do banco, selecionadas segundo sua congruência com as dimensões avaliativas priorizadas. Resultados mostram que nas EqSF avaliadas 60,3% dos entrevistados se sentiam despreparados para atuar em saúde mental. Cerca de metade das equipes não desenvolvia estratégias de promoção da saúde e apenas 9,8% efetivava a gestão do cuidado. Predomina o atendimento por demanda espontânea (88,2%) e menores percentuais de oferta e realização de cuidados nas regiões Norte (27%) e Centro Oeste (32%). Com relação ao apoio matricial realizado pelos NASFs, predominou a realização de ações clínico-assistenciais (58,7%), com maiores índices nas regiões Sul (69,3%) e Sudeste (66,3%). Os maiores resultados no desenvolvimento de ações técnico-pedagógicas e de gestão do cuidado também se concentraram nas referidas regiões. Destaca-se o menor desenvolvimento de ações voltadas para usuários de álcool e outras drogas, com percentual de realização inferior a 70% em todas as categorias de análise. Conclui-se que o cuidado em saúde mental desenvolve-se com baixo nível de planejamento e programação, insuficiente qualificação dos profissionais e expressivas desigualdades regionais na sua operacionalização. Recomenda-se o fortalecimento de ações de promoção da saúde, qualificação das equipes, potencialização do apoio matricial em sua função técnico-pedagógica e reordenamento da gestão do cuidado.

Palavras-chave: saúde mental, atenção primária à saúde, apoio matricial, programas de saúde

ABSTRACT

The reorientation of the mental health care model reaffirmed the need to strengthen the psychosocial care network, especially the organization of mental health care in primary care. This study undertakes a normative evaluation of mental health care organization through data of the Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ), by characterizing mental health actions offered by Family Health Teams (EqSF) and describing matrix support in mental health offered by the Family Health Support Centers (NASF), in association with the geopolitical regions of Brazil. The study covers 29,778 EqSF and 1,773 NASF, equivalent to 87.1% and 84.38% of the teams deployed in the country in 2013, respectively. The analysis included the regrouping of questions from the bank, selected according to their congruence with the prioritized evaluative dimensions. Results show that in the EqSF evaluated, 60.3% of the interviewees felt unprepared to work with mental health. About half of the teams did not develop health promotion strategies and only 9.8% did care management. Prevails the response to spontaneous demand (88.2%) with lower offer and development of mental health care in the North (27%) and Central West (32%) of Brazil. With regard to the matrix support performed by NASFs, clinical care actions were predominant (58.7%), with higher rates in the South (69.3%) and Southeast (66.3%). The greatest results in technical-pedagogical and care management development were also concentrated in these regions. It is emphasized the lower development of actions for users of alcohol and other drugs, with a percentage of achievement below 70% in all categories of analysis. It is concluded that mental health care is developed with low level of planning and programming, insufficient qualification of professionals and significant regional inequalities in its operationalization. It is recommended the strengthening of health promotion actions, the qualification of the teams, the strengthening of the matrix support in its technical-pedagogical function and the reorganization of the management of the care.

Key words: mental health, primary health care, matrix support, health programs and plans

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

EqSF – Equipes de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WONCA – World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
1.1. As reformas Sanitária e Psiquiátrica.....	17
1.2 O cuidado em saúde mental.....	19
1.3 A avaliação em saúde.....	21
1.4. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	24
2. METODOLOGIA.....	28
3. RESULTADOS.....	30
3.1. Artigo: Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil.....	30
3.2. Artigo: Avaliação do apoio matricial em saúde mental nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	52
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO.....	74

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação empreende um estudo avaliativo do segmento de Saúde Mental no Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica (PMAQ-AB). Cinco seções integram o texto desta dissertação: Introdução, Revisão de Literatura, Metodologia, Resultados e Considerações Finais.

O tópico 1 contém a Introdução, com a delimitação do tema, os objetivos (geral e específicos) e a justificativa. No tópico 2 consta a Revisão de Literatura, com os marcos teóricos usados na dissertação. Na Metodologia são explicitadas as características do estudo e da análise empreendidas. O tópico Resultados compreende os dois artigos, sendo o primeiro intitulado “Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil” e o segundo artigo, intitulado “Avaliação do apoio matricial em saúde mental nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família”. O tópico 4 apresenta as Considerações Finais do trabalho, articulando as conclusões de ambos os artigos e sua relação com os objetivos inicialmente propostos.

INTRODUÇÃO

A saúde mental historicamente ocupou um lugar diferenciado nas práticas de saúde, ficando restrita aos hospitais psiquiátricos e instituições que promoviam a segregação e exclusão dos portadores de sofrimento psíquico. Por muito tempo, manteve-se a ideia de que a segregação era uma prática necessária para lidar com os transtornos mentais, e que o tratamento possível se restringia à prática medicamentosa e uso de técnicas invasivas (SCHECHTMAN; ALVES, 2014). A dimensão social e cultural era majoritariamente negligenciada, e a reinserção social e o cuidado na comunidade pouco figuraram no rol de ações desenvolvidas, até o surgimento dos debates em torno das práticas hospitalares e o cuidado aos pacientes. A partir de então, intensificou-se a exigência da reformulação do modelo assistencial em saúde mental, com o desenvolvimento de ações em outros níveis da atenção e a promoção do cuidado digno e acessível às pessoas em sofrimento psíquico.

No Brasil, adotou-se o termo “atenção básica” para designar as estratégias de atenção primária, tal como proposta na Declaração de Alma-Ata (1978), para se referir aos cuidados primários em saúde ofertados à população. (CARVALHO, 2014). A atenção básica foi eleita como o eixo norteador do modelo assistencial brasileiro e também nível preferencial para o desenvolvimento de ações em saúde mental, tanto em caráter preventivo quanto de intervenção, mediante oferta de cuidados em casos considerados leves, além da promoção à saúde.

Conforme Conill e Fausto (2009), a atenção básica pode ser sinteticamente caracterizada pelos elementos: primeiro nível de contato da população, no qual devem ser resolvidos de 80 a 90% das demandas apresentadas; promoção de ações amplas e integradas ajustadas às necessidades mais comuns da comunidade; componente integrador das práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os pontos da rede; oferta de cuidados contínuos; organização do trabalho por equipes multidisciplinares e com a participação ativa da comunidade e desenvolvimento de ações intersetoriais.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve este nível como a porta de entrada dos serviços e centro de comunicação da rede de saúde, com alto grau de descentralização e capilaridade, orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, equidade, humanização e participação social. As ações desenvolvidas na atenção básica

destinam-se à prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde, desenvolvidas por equipes multiprofissionais de acordo com demandas locais (BRASIL, 2012a).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um eixo prioritário de ação eleito pela PNAB para organizar e operacionalizar a atenção básica. O trabalho realizado deve pautar-se na interdisciplinaridade e integração das áreas técnicas e estar em conformidade com a necessidade de saúde da população, além de atender aos protocolos e prioridades previstas pela gestão local (BRASIL, 2012a). Este modelo atua com foco na unidade familiar, com a proposta de oferta de assistência integral, na perspectiva de saúde ampliada e com equipes multiprofissionais que atuam em um território definido, responsabilizando-se pelo cuidado à população da área (DELFINI et al., 2009)

A inserção da saúde mental na atenção básica está articulada, no Brasil, às mudanças propostas para o modelo assistencial à saúde mental, que passa a privilegiar o cuidado na comunidade, na perspectiva de desinstitucionalização, da superação das práticas biomédicas e da forma tradicional de entender o sofrimento psíquico (RODRIGUES; MOREIRA, 2012). A inserção do cuidado no nível primário, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta diversas vantagens, tais como possibilitar a melhoria no acesso aos serviços, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento adequados e redução do número de internações (WHO, 2001). A ênfase na integralidade, coletividade e territorialização das ações aproximam a ESF da saúde mental e a evidenciam como campo propício para a melhoria da cobertura assistencial dos agravos mentais e consolidação do modelo alternativo de atenção (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011; BRASIL, 2001^a; MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Outro dispositivo da atenção básica elencado na PNAB são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que oferecem apoio às Equipes de Saúde da Família (EqSF) através do trabalho conjunto e responsabilização compartilhada. O objetivo dos NASFs é ampliar a abrangência e a resolutividade das ações desenvolvidas pela estratégia, e tem por função realizar o apoio matricial às equipes, atuando de forma integrada a partir das demandas identificadas (BRASIL, 2012a).

Os NASFs foram institucionalizados pela Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 e possuem como diretrizes a atuação na perspectiva interdisciplinar e intersetorial, desenvolvimento de ações territorializadas e integrais que visem a promoção da saúde e humanização, além do desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde tanto

para os profissionais como para a população (BRASIL, 2008). Para a consecução dos seus objetivos o NASF dispõe das seguintes ferramentas de organização e desenvolvimento do processo de trabalho: apoio matricial, clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular e Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010).

A saúde mental é uma das nove áreas estratégicas de atuação dos NASFs, e se operacionaliza através do apoio matricial (BRASIL, 2010). O apoio matricial foi concebido como eixo organizador da inclusão de ações em saúde mental na atenção básica, na perspectiva da mudança no modelo assistencial em saúde que valorize a prática territorializada sem a fragmentação do cuidado (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

O apoio matricial configura-se tanto como um arranjo organizacional quanto uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde. Como metodologia, almeja proporcionar maior eficácia e eficiência ao trabalho e potencializar a clínica ampliada (CAMPOS; DOMITTI, 2007), constituindo-se como abordagem complementar ao paradigma de referência e contrarreferência, e possibilitando a cogestão do cuidado (MIELKE, OLCHOWSKY, 2010). Como arranjo organizacional, busca diminuir a fragmentação do trabalho (CAMPOS; DOMITTI, 2007) e oferecer suporte técnico-pedagógico, na lógica da corresponsabilização, através do desenvolvimento de ações conjuntas, supervisão das equipes de referência, e capacitação (BRASIL, 2003). O apoio matricial também é composto por uma dimensão assistencial, que se refere à atuação clínica junto ao público-alvo da atenção básica, porém, esta é uma atividade de caráter excepcional, e que não configura o NASF como porta de entrada da atenção básica (BRASIL, 2010).

A despeito do reconhecimento da atenção básica como locus privilegiado para realização do cuidado em saúde mental, verifica-se que não há, a nível nacional, protocolos clínicos ou descrição de procedimentos referentes às ações que devem ser desenvolvidas neste campo. No entanto, é possível encontrar documentos norteadores, que descrevem de maneira abrangente as linhas de ação e princípios que devem ser adotados, tais como a Portaria nº224 de 1992, as diretrizes da Coordenação de Gestão da Atenção Básica e a Portaria nº3.088 de 2011.

A Portaria nº 224 de 1992 da Secretaria Nacional de Saúde estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental. Para as Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios, o documento assinala que devem ser

desenvolvidos atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares e atividades comunitárias (BRASIL, 1992).

A Coordenação de Gestão da Atenção Básica, em documento elaborado em 2003, apresenta as diretrizes gerais da inclusão de ações em saúde mental na atenção básica, estabelecendo como princípios fundamentais a organização em rede; a realização de ações territorializadas; atuação intersetorial, interdisciplinaridade e atuação multiprofissional; a promoção da cidadania dos usuários e foco na desinstitucionalização (BRASIL, 2003).

A Portaria nº3.088, por sua vez, responsabiliza as Unidades Básicas de Saúde pelo desenvolvimento de ações de “promoção da saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011a, p.3). Esta portaria também dispõe acerca da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem por intuito articular o cuidado em saúde mental através dos pontos de atenção nos níveis primário, especializado, hospitalar, transitório, de desinstitucionalização e na urgência e emergência (BRASIL, 2011a).

No que tange às equipes de apoio e suporte técnico-pedagógico, a Coordenação de Gestão da Atenção Básica elenca as seguintes ações: atividades que visem à reabilitação psicossocial na comunidade, valorizando a articulação com outros setores externos à área da saúde; difusão da cultura de assistência não manicomial; construção de redes de apoio; criação de estratégias de enfrentamento de problemas relacionados à violência e uso prejudicial de álcool e outras drogas; além de atenção aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, pacientes egressos de internações psiquiátricas, casos de tentativa de suicídio e pacientes atendidos em Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (BRASIL, 2003).

De acordo com a OMS, os transtornos mentais, neurológicos e relacionados ao uso de substâncias estão presentes em todo o mundo e possuem grande contribuição na morbidade e mortalidade prematura, representando 12% da carga mundial de doença (WHO, 2008). Estimativas do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral do Brasil necessita de cuidados contínuos em saúde mental, e 9% da população do país demandam atendimento eventual, no caso de transtornos menos graves (BRASIL, 2003).

A OMS e a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) apontam que a maioria dos países negligencia as questões de saúde mental ou as trata de maneira inadequada, seja atribuindo recursos limitados, seja usando os recursos disponíveis de forma inapropriada.

As instituições apontam que frequentemente elege-se os cuidados hospitalares para investimento, em detrimento dos cuidados em nível primário, podendo-se observar, em todos os países, déficit significativo entre a prevalência de transtornos mentais na população e o número de pessoas que recebem tratamento e cuidado (WHO, 2001; WHO; WONCA, 2009).

O cuidado em saúde mental na atenção básica é um desafio posto na realidade brasileira e enseja o planejamento das intervenções considerando a complexidade do objeto, sendo necessário desconstruir as práticas ancoradas na institucionalização manicomial e reconstruir a história do cuidado em saúde mental (RODRIGUES; MOREIRA, 2012)

Embora os debates em torno da saúde mental e da reforma psiquiátrica, ao lado das recomendações de que o cuidado deva ser prioritariamente desenvolvido na comunidade, datem da década de 70 (TANAKA; RIBEIRO, 2009), ainda existe dificuldade para sua operacionalização na atenção básica. Estudos apontam que os profissionais se sentem despreparados para lidar com a demanda (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; TANAKA; RIBEIRO, 2009), predominando a concepção de que a saúde mental só pode ser trabalhada pelos especialistas da área, persistindo um grande distanciamento entre ela e as práticas da atenção básica; quando existente, as ações se reduzem à prescrição de medicamentos (MINÓIA; MINOZZO, 2015; OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004; RODRIGUES; MOREIRA, 2012) reproduzindo-se a conhecida fragmentação do cuidado (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Tais dificuldades revelam que a inclusão de ações de saúde mental no nível primário de atenção, se desenvolve de modo inadequado (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010) e reproduzem o modelo de cuidado biologizante, voltado para a tentativa de cura e reabilitação, na contramão do modelo de promoção de saúde proposto pela política de saúde mental (PINTO et al., 2012). Neste cenário, tem cabido à atenção básica e aos profissionais que nela atuam, a tarefa de construção e desenvolvimento de estratégias de cuidado para o atendimento desta demanda em seu território, na busca de superar as dificuldades e proporcionar cuidado integral aos portadores de sofrimento psíquico.

O sofrimento psíquico, em suas múltiplas formas, diminui a qualidade de vida da população, e seu tratamento no nível primário assume grande importância, pois possibilita acesso facilitado e rápido aos cuidados necessários (WHO, 2001). Grande proporção dos pacientes que são atendidos na atenção primária possuem demandas em saúde mental, sendo que alguns estudos indicaram a prevalência de 22,7% a 38% de transtornos mentais comuns

em populações atendidas pela ESF (BRASIL, 2010). A oferta de cuidado neste nível mostra-se, então, fundamental para a promoção de qualidade de vida das comunidades, e um tema de grande relevância para o estudo em saúde coletiva.

Dado que os documentos norteadores propõem que a atenção básica deve apresentar resolutividade entre 80 e 90% das suas demandas (CONILL; FAUSTO,2009), e que o atendimento em saúde mental deve ser incorporado à prática das equipes de atenção básica de forma a proporcionar qualidade de vida às pessoas em sofrimento psíquico, faz-se necessário compreender como se dá a assistência em saúde mental neste nível de atenção.

Assim sendo, o objetivo geral desta dissertação foi avaliar a organização do cuidado em saúde mental na atenção básica a partir dos dados da avaliação externa das equipes da Estratégia de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família participantes do 2º ciclo do Programa de Melhoria da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), ocorrido em 2013/2014. Para atingir este fim, propôs-se três objetivos específicos, que foram: caracterizar as ações de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família; descrever a operacionalização do apoio matricial realizado pelas equipes do Núcleos de Apoio à Saúde da Família na promoção do cuidado em saúde mental; e, por fim, verificar a associação entre as características do cuidado em saúde mental na atenção básica no Brasil e suas regiões.

1. REVISÃO DA LITERATURA

A necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica foi anunciada pelas políticas públicas brasileiras e documentos norteadores nacionais e internacionais desde os movimentos sociais que criticavam o paradigma de atenção vigente (TRABUCO; SANTOS, 2015). Um dos documentos de referência sobre o tema, a Declaração de Caracas (2004), expressa que o modelo assistencial de saúde mental baseado nos hospitais psiquiátricos não se mostra adequado para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, sendo necessária a reestruturação da atenção. O documento ressalta a importância da articulação da saúde mental com a atenção primária de saúde, situando-a como locus privilegiado para o desenvolvimento de ações aos portadores de sofrimento psíquico, pois é neste nível de atenção que se pode atingir o objetivo de promover atenção integral, comunitária, contínua, participativa, descentralizada e integrativa.

Carvalho (2014) pontua que a proposta de inclusão efetiva das ações de saúde mental na atenção básica no Brasil foi protagonizada pela Coordenação Geral de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde, a partir de 2003, em documento elaborado em parceria pelas duas coordenações. No documento, ressalta-se que a atenção em saúde mental deve realizar-se dentro de uma rede, na qual está incluída a prestação de cuidados nas unidades de atenção básica, e deve orientar-se também por estratégias de apoio matricial às equipes de atenção básica, formação profissional e inclusão do registro de ações em saúde mental no sistema de informações da atenção básica - SIAB (BRASIL, 2003).

A interlocução entre a atenção básica e a saúde mental é um processo ainda em desenvolvimento, e para compreender as bases sobre as quais estes conceitos estão ancorados e a importância desta articulação, faz-se necessário recorrer à história dos movimentos de reestruturação da saúde e da atenção psiquiátrica, que serão apresentados no tópico seguinte.

1.1. As reformas Sanitária e Psiquiátrica

A Reforma Sanitária Brasileira ocorreu em meados da década de 70 - cenário de transformações políticas, sociais e econômicas - a partir dos movimentos estudantis, dos

médicos e dos profissionais da área de docência e pesquisa, além dos movimentos populares (ESCOREL, 2012).

Paim (2008) pontua que a Reforma Sanitária surgiu como resposta à crise da saúde durante a ditadura militar, expressa pela baixa eficácia da assistência médica, baixa cobertura dos serviços de saúde e custo elevado do modelo médico-hospitalar (AROUCA, 1975 apud PAIM, 2008), inspirando-se também nos movimentos internacionais reformistas, passando de um movimento de ideias para um movimento social. Porém, de acordo com o autor, o movimento resultou numa reforma parcial, tendo em vista que não atingiu a dimensão que se propunha, promovendo mudanças a nível setorial e institucional. Menicucci (2014) corrobora a ideia, assinalando que a ruptura ocorrida não foi total, pois, incapaz de desmontar o modelo anterior, o paradigma atual limita-se a este.

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento contemporâneo à Reforma Sanitária no Brasil, e teve início a partir das lutas sociais pela qualidade de serviços de saúde mental, protagonizadas pelos trabalhadores da área e inspiradas pelo movimento reformista da Itália. Os movimentos de trabalhadores, com posterior adesão de associações dos usuários do serviço, reivindicavam uma mudança no cuidado com o paciente, incorporando a compreensão da doença mental como um fenômeno complexo que possui dimensões biológicas, sociais e psicológicas (TRABUCO; SANTOS, 2015).

Até então, a atenção à saúde mental estava ancorada no modelo asilar, de segregação e exclusão do convívio social. Segundo Schechtman e Alves (2014), o asilo psiquiátrico, enquanto espaço de pertencimento do louco, surgiu a partir da Revolução Francesa, concomitantemente com o novo saber, a psiquiatria, e se manteve como destino das pessoas em sofrimento psíquico por muitos anos, alicerçado na visão médica sobre a loucura e na concepção que o isolamento tornava possível o tratamento das enfermidades mentais. De acordo com os autores, tal modelo passou a ser discutido após a Segunda Guerra Mundial, momento no qual começaram a despontar algumas iniciativas de mudança do modelo assistencial, como as comunidades terapêuticas, e movimentos como a antipsiquiatria, que questionava o poder médico psiquiátrico.

Seguindo as mudanças no cenário internacional e as mudanças políticas, econômicas e sociais internas, o Brasil promulgou em 2001, a lei Federal 10.216, que trata da proteção integral das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando a reinserção social e a reabilitação psicossocial (BRASIL,

2001b). Em 2011, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial, através da portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com o objetivo de articular os pontos de atenção existentes para a oferta do cuidado às pessoas com transtorno mental ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e ampliar os recursos para este grupo (BRASIL, 2011a).

A RAPS surge para atender a necessidade de estruturação, fortalecimento e qualificação dos serviços de saúde mental e desenvolvimento de ações para o enfrentamento do crescente consumo de álcool e outras drogas. A portaria enumera seis componentes da rede, quais sejam: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização.

As Unidades Básicas de Saúde são assinaladas como pontos de atenção da rede psicossocial na atenção primária, e tem por responsabilidade desenvolver “ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011a, p.3). Tais ações devem ser desenvolvidas de maneira individual ou coletiva, articulando-se com os outros pontos da rede de atenção sempre que houver necessidade. Aos NASFs é reservado o papel de apoiador das equipes da atenção básica.

A reforma é um processo ainda em curso que conseguiu implantar serviços de atenção substitutivos ao hospital psiquiátrico, porém este não foi completamente extinto, permanecendo ativo em diversas cidades. Muitos desafios ainda devem ser superados neste percurso, sendo alguns deles a oferta de serviços comunitários acessíveis, próximos às moradias das pessoas, integrados em uma rede de proteção social e a ampliação do número de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, visto que o hospital psiquiátrico também se mostra como espaço inadequado para atendimento de urgências (SCHECHTMAN; ALVES, 2014). Yasui (2006) ressalta a complexidade da Reforma Psiquiátrica enquanto processo que transcende e supera o tecnicismo e as reformulações nas organizações do serviço. De acordo com este autor, para que a reforma se efetive é necessário superar o paradigma psiquiátrico vigente, adotando uma postura crítica em relação ao saber existente, as instituições e os especialistas.

1.2 O cuidado em saúde mental

A proposição de novas formas de fazer saúde, como a promoção da saúde, redução da vulnerabilidade de certos grupos sociais, e a implantação da Estratégia Saúde da Família, e outras propostas de aprimoramento da atenção básica, apontam para novas práticas de cuidado, cuja consolidação demanda mudanças, tanto na forma de pensar as ações de saúde como na forma de operacionalizá-las, na busca da necessária integralidade da atenção (AYRES, 2004).

Dentre os conceitos que formam a base da concepção de saúde, destacou-se o cuidado como ponto de interesse para este trabalho. O cuidado em saúde é descrito por Ayres (2004, p.74) como “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” e deve estar vinculado a uma prática que compreenda a integralidade e humanização das relações.

O cuidado em saúde mental é um conceito complexo que envolve o controle de sintomas e minimização dos riscos de internação, além de abarcar as dimensões pessoal, social e emocional do usuário em sofrimento psíquico, envolvendo, por vezes, uma gama de recursos como suporte terapêutico, ocupacional e tratamento medicamentoso (CARDOSO; GALERA, 2011). De acordo com as autoras, o cuidado direcionado a esta demanda deve incluir ações que visem a reabilitação e interação psicossocial, pautadas pela íntima relação entre serviço, profissionais, paciente e família, considerando-se as particularidades do contexto em que se está inserido

Segundo Lacerda e Valla (2005), o modelo biomédico oferece pouco espaço para o cuidado integral e, pautado neste, o modelo tradicional de assistência às pessoas com transtorno mental priorizou como objeto do cuidado a doença mental, em detrimento do sujeito. Ressignificar o modelo é o foco das atuais discussões e ações na área, de modo que se supere a concepção da oferta de tratamento para a oferta de cuidado. Nesta perspectiva, o objeto do cuidado não é mais representado pela doença, e sim pelo sujeito em sofrimento, com todas as suas demandas (ALVES; GULJOR, 2005).

Cecílio (2011) ao abordar o tema cuidado, propõe a divisão da gestão deste em cinco dimensões interdependentes: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. A dimensão individual refere-se ao “cuidar de si”, o cuidado do indivíduo dirigido a si mesmo. A dimensão familiar trata do cuidado protagonizado pelos familiares e amigos. A profissional ocorre na relação entre o profissional de saúde e o indivíduo e abarca a

competência técnica do profissional, a ética no cuidado e a capacidade de estabelecer vínculos com os usuários. A dimensão organizacional é aquela que trata dos serviços de saúde, compreendendo a divisão técnica do trabalho, atividades de gestão e coordenação, a organização do processo de trabalho com definição de fluxos de atendimento, planejamento, registro e outras ações executadas em conjunto pela equipe. A dimensão sistêmica, por sua vez, trata das conexões entre os serviços de saúde, das redes ou linhas de cuidado. Por fim, a dimensão societária refere-se às políticas públicas e a forma como a sociedade, de forma ampla, se organiza para a gestão do cuidado em saúde.

Destaca-se como ponto de interesse deste trabalho a dimensão organizacional, protagonizada pelas equipes de saúde, e que contempla a divisão técnica e social do trabalho e coordenação do cuidado, a partir da definição de fluxos, regras de atendimento, planejamento e organização dos processos de trabalho.

1.3 A avaliação em saúde

O termo avaliação possui múltiplos conceitos, com definições correspondentes aos contextos históricos, princípios predominantes e objetivos pretendidos. Guba e Lincoln (1989 apud WETZEL; KANTORSKI 2004) propõem uma categorização dos conceitos de avaliação em quatro gerações, considerando o contexto histórico de desenvolvimento de cada prática e sua finalidade.

Na primeira geração predominou a mensuração das variáveis, influenciada pelo contexto de avaliação de desempenho escolar, predominando o pensamento de que qualquer constructo poderia ser medido. As avaliações da segunda geração voltaram-se para processos descritivos, ainda sob influência do contexto escolar, fora do plano individual e voltado para o alcance de resultados dos programas educacionais. Na terceira geração, incluiu-se o julgamento e a valoração nos processos avaliativos. Por fim, a quarta geração caracteriza-se como um processo de negociação que inclui os atores envolvidos e estabelece diálogos. Ressalta-se que a emergência de novos modelos de avaliação não eliminou as avaliações de gerações anteriores, havendo coexistência e acumulação de conhecimentos dos diversos modelos (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Para Minayo (2005), a avaliação é tida como a análise crítica de algo ou alguém, o julgamento, medição e classificação de algo, realizado através de procedimentos sistemáticos, ou ainda um processo de aprendizagem que auxilia na execução de escolhas mais ajustadas

aos objetivos propostos. Contandriopoulos et al. (1997) definem a avaliação como o julgamento sobre uma intervenção ou seus componentes, que tem por objetivo final auxiliar na tomada de decisões. Em consonância, Almeida e Escorel (2001) assinalam a relevância da avaliação como instrumento de planejamento e gestão, situando-a como ferramenta capaz de fornecer subsídios para as intervenções nas realidades sociais.

Acerca dos tipos de avaliação, Contandriopoulos et al. (1997) distinguem dois tipos de avaliação possível: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira, refere-se ao julgamento da conformidade entre os componentes da prática e normas e critérios pré-estabelecidos, sendo usual nas organizações ou programas. Na segunda, o julgamento baseia-se em um procedimento científico e busca examinar as relações entre os componentes da prática, avaliando a adequação da prática ao contexto, os fundamentos teóricos, efeitos, rendimentos entre outros. A pesquisa avaliativa parte do questionamento das características das práticas desenvolvidas em um contexto específico ou geral, que ainda não foi respondido pela literatura, sendo desenvolvida mais frequentemente sobre as seguintes práticas: políticas, programas e serviços de saúde (SILVA, 2005).

Assim como o conceito de avaliação, o conceito de saúde é complexo e multifacetado, sendo as avaliações neste campo complexas como seus objetos de estudo. De acordo com Silva (2005), a saúde divide-se em quatro níveis: nível das ações, dos serviços, estabelecimentos de saúde e o próprio sistema de saúde em si. As práticas nesse campo abarcam várias dimensões como cuidado individual, organização, intervenção, relação profissional/usuário, políticas, programas e sistemas, todas passíveis de avaliação.

Para este estudo, a fonte dos dados analisados partiu de um programa de saúde, voltado para avaliação de aspectos da atenção básica. Os programas são definidos por Hartz (1999) como ações que tem por objetivo estimular adaptações necessárias no campo estudado traduzindo-se em práticas com objetivos e atividades organizadas e direcionadas à resolução de problemas de saúde, podendo ser objeto na avaliação de políticas públicas (SILVA, 2005).

No Brasil, a avaliação das práticas e serviços de saúde tem assumido objetivos diversos, tais como dar suporte ao planejamento e desenvolvimento de intervenções, subsidiar a melhoria das práticas, auxiliar no processo decisório e verificar os resultados de intervenções (MALACARNE et al., 2016). Neste cenário, a avaliação de programas vai para além da análise da prestação de serviços de saúde para colocar em questão a efetividade das ações propostas.

Apesar de ser um processo em expansão no país, a institucionalização da avaliação de programas tem sido marcada pela dispersão e descontinuidade, com grande número de experiências de acompanhamento isoladas, falta de documentação e avaliação com resultados não sistematizados, sendo tal situação reforçada pela “alta negligência nas etapas de acompanhamento e avaliação dos processos, resultados e impactos” (SILVA, COSTA, 2002, p.35).

A avaliação das práticas de saúde busca, em última análise, verificar as características e efeitos destas na saúde da população, analisando sua capacidade de modificação da situação de saúde instalada e atendimento das necessidades da população (SILVA, FORMIGLI, 1994). Esta atividade é, portanto, de particular interesse para o tema da saúde mental, tendo em vista a necessidade de acompanhamento da implantação das ações de reorientação da prática assistencial, oriundas da Reforma Psiquiátrica, e induzir mudanças.

Conforme explicitado anteriormente, a Reforma Psiquiátrica ainda é um processo em curso, sendo necessário o desenvolvimento de avaliações do cuidado ofertado, de forma a permitir a retroalimentação e melhoria da qualidade dos serviços (ALMEIDA E ESCOREL, 2001). Neste campo, a avaliação se justifica não somente na mensuração da efetividade e resultados, como também possui função política, potencializando a consolidação das práticas substitutivas ao modelo asilar (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Porém, apesar das vantagens apontadas e da incorporação crescente deste processo em outros países, a avaliação no campo da saúde mental é um processo pouco assimilado nas práticas brasileiras. Há importantes dificuldades que merecem ser mencionadas, como a carência de indicadores, tanto pelo baixo uso da epidemiologia como pela dificuldade na elaboração de parâmetros que permitam expressar e mensurar as especificidades do cuidado, e ainda evidenciar se as práticas correspondem ao modelo tradicional ou substitutivo de atenção (ALMEIDA; ESCOREL, 2001; WETZEL; KANTORSKI, 2004). A ausência de um modelo teórico que defina o funcionamento, objetivos, recursos, público-alvo e metas da saúde mental também representa um entrave ao processo avaliativo (ALMEIDA; ESCOREL, 2001).

Dado o exposto, caracteriza-se o estudo aqui apresentado tanto como uma pesquisa avaliativa tipo avaliação normativa, sendo o eixo de avaliação a organização do cuidado em saúde mental na atenção básica, utilizando-se como parâmetros as normalizações do Ministério da Saúde que tratam da reorientação do modelo assistencial em saúde mental e a oferta de cuidado para este público.

1.4. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

No contexto de melhoria dos serviços de saúde e desenvolvimento de estratégias para redução de desigualdades no acesso, surgem no Brasil algumas iniciativas de institucionalização do processo de avaliação, entre as quais se inclui o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (MALACARNE et al., 2016). O programa tem por objetivo incentivar a melhoria da qualidade e ampliação do acesso da atenção básica, no intuito de aumentar a transparência e efetividades das ações direcionadas a este nível de atenção, assim como garantir um padrão de qualidade comparável a nível nacional, regional e local (BRASIL, 2015).

Macinko, Harris e Rocha (2017), em estudo sobre o PMAQ, incluem o programa no grupo de estratégias de pagamento por desempenho, nos quais há injeção de incentivos financeiros para estimular a melhoria da qualidade nos sistemas de saúde e atingir objetivos propostos. Segundo os autores, o planejamento do PMAQ iniciou em 2010, com a execução de dois ciclos de avaliação, em 2011-2012 e 2013-2014, com adesão crescente a cada ciclo.

Um importante marco para a realização do PMAQ foi a resolução nº 439 de 2011 do Conselho Nacional de Saúde, que propôs a potencialização da Rede de Atenção Básica no intuito de efetivar seu papel como principal porta de entrada, garantindo o acesso, integralidade da atenção, coordenação do cuidado e resolutividade. Esta resolução dispôs ainda sobre o aprimoramento e qualificação dos mecanismos de controle, fiscalização e avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica, que devem ser desenvolvidos pelo Ministério da Saúde e Secretarias dos Estados e Municípios (BRASIL, 2011b).

De acordo com Pinto, Sousa e Ferla (2014), o PMAQ pode ser entendido sob diversos aspectos, tais como instrumento de avaliação e acompanhamento das ações da atenção básica; dispositivo indutor de mudanças qualitativas e quantitativas das práticas dos serviços; e estratégia de enfrentamento dos determinantes e condicionantes da atenção básica, de forma a aprimorar a qualidade da atenção e aproximá-la do preconizado. Ele foi instituído pela Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011, juntamente com o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente da qualidade do piso de atenção básica variável (PAB variável). A referida portaria foi revogada em outubro de 2015, passando a vigorar a Portaria GM nº 1645 de 2 de outubro de 2015.

Esta portaria define o PMAQ como uma iniciativa voltada para a ampliação do acesso e melhoria dos padrões e indicadores de qualidade da atenção básica de forma a fortalecer o nível primário da assistência em saúde. O programa organiza-se em ciclos, que ocorrem a cada 24 meses, cada qual composto por um eixo transversal de desenvolvimento e três fases. O eixo estratégico orienta todas as fases e é composto pelos itens autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal (BRASIL, 2015).

A portaria 1645 desdobra as fases da seguinte forma:

- Fase 1 – Adesão e contratualização
Realizada pelas equipes que entraram no programa pela primeira vez a cada ciclo. Consiste na adesão voluntária da gestão municipal com a contratualização de indicadores para as equipes de atenção básica.
- Fase 2: Certificação
Engloba a verificação da autoavaliação realizada pelos profissionais e avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica e dos indicadores contratualizados. A certificação contempla a classificação das equipes, havendo as seguintes gradações: ótimo, muito bom, bom, regular e ruim.
- Fase 3: Recontratualização
Caracteriza-se pela pactuação com incremento de novos padrões e indicadores, a partir dos resultados obtidos na certificação.

Os dados utilizados deste estudo são provenientes da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ, realizado entre 2013-2014. A avaliação externa é a etapa onde os grupos de avaliadores vinculados às instituições de ensino e pesquisa parceiras realizam a aplicação do instrumento de coleta de dados com as equipes. As instituições participaram da “construção do instrumento de avaliação, a definição de estratégias, a organização do trabalho de campo em nível nacional até a aplicação dos questionários nos mais de cinco mil municípios brasileiros” (FAUSTO et al., p.14, 2014). Esta etapa teve o intuito de obter informações sobre as equipes de atenção básica participantes que subsidiassem a análise das condições de acesso e qualidade dos serviços prestados e a posterior certificação das equipes participantes (BRASIL, 2013).

De acordo com o Manual Instrutivo do PMAQ (BRASIL,2013), o instrumento de coleta dividia-se em três módulos, a saber: observação na Unidade Básica de Saúde; entrevista com profissional de saúde e verificação de documentos; e entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde. Dentre os módulos que congregam os instrumentos da avaliação externa, o programa do 2º Ciclo avaliativo contemplou:

O módulo 1 – Observação na Unidade Básica de Saúde, que teve por objetivo avaliar as características estruturais, assim como os equipamentos, materiais e insumos que a unidade dispunha, configurando-se como um censo das Unidades Básicas de Saúde. Este módulo foi aplicado em todas as unidades de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), independente de adesão. (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013).

O módulo 2 - Contemplou entrevista com profissional da equipe de atenção básica, buscando obter informações sobre o processo de trabalho das equipes, organização do serviço e do cuidado aos usuários, bem como obter informações sobre a qualificação dos profissionais. O profissional selecionado para responder ao questionário deveria ser indicado previamente pela equipe, podendo ser o médico, enfermeiro ou, no caso de haver equipe de saúde bucal, o cirurgião dentista da unidade (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013).

O módulo 3 – Consistia em entrevista com usuários da unidade, tendo por objetivo verificar a satisfação do usuário com os serviços (BRASIL, 2013).

As equipes dos NASF foram avaliadas por um instrumento diferenciado, o módulo 4, que avaliou a gestão e o processo de trabalho desse grupo de profissionais. As ferramentas de avaliação dos NASF subdividiam-se em: componente comum, componente singular e satisfação das equipes apoiadas. As ações analisadas no componente comum faziam referência à organização do processo de trabalho, incluindo ações técnico pedagógicas e clínico-assistenciais, atuação em todos os ciclos de vida e atuação do NASF nas áreas temáticas prioritárias: atenção psicossocial; atenção em reabilitação; atenção às pessoas com condições/doenças crônicas e atenção materno-infantil (BRASIL, 2013).

No componente singular incluíam-se as ações de apoio à gestão do processo de trabalho das equipes apoiadas pelo NASF, assistência farmacêutica, práticas integrativas e complementares, práticas relacionadas à alimentação e nutrição, saúde do trabalhador, práticas corporais e atividades físicas. A resposta a este componente era de caráter facultativo, visto que seus itens faziam referência a ações diferenciadas que a equipe executava e que

tenham potencial de agregar valor aos itens avaliados no componente comum. O último item deste instrumento refere-se à satisfação das equipes apoiadas e trata da adequação da composição das equipes às necessidades do território, acesso das equipes apoiadas ao NASF, ações de apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial, integração entre equipes apoiadas e NASF e resolutividade da atenção básica a partir do trabalho do NASF (BRASIL, 2013).

O PMAQ tem subsidiado pesquisas sobre diversos aspectos da atenção primária no Brasil como acesso e organização da atenção básica, práticas de promoção da saúde, gestão do trabalho, e outros voltados para o cuidado em áreas específicas como saúde bucal, doenças crônicas e apoio matricial (ALVES et al., 2014; CASOTTI et al., 2014; FAUSTO et al., 2014; GARNELO et al., 2014; SOBRINHO et al., 2014; TEIXEIRA et al., 2014) que evidenciam a realidade do serviço e auxiliam a traçar estratégias de enfrentamento das dificuldades e melhoria da qualidade dos serviços na atenção básica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, cujos dados foram analisados a partir das informações obtidas no banco de dados do PMAQ, elaborado a partir de entrevistas realizadas na avaliação externa de 2013-2014, com 29.778 equipes de Saúde da Família (cerca de 87,1% das equipes implantadas em território nacional) e 1773 (em torno de 84,38% do total de NASFs implantados) equipes do NASF, em âmbito nacional, conforme informações extraídas do banco de dados da pesquisa (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

A população de estudo são todas as equipes de Estratégia Saúde da Família e dos NASFs que aderiram à avaliação externa de suas atividades, feita no âmbito do 2º ciclo do PMAQ-AB. Todas as ESF e NASF que constavam no banco foram incluídas.

O processo de seleção das variáveis se deu através da leitura dos questionários de cada módulo da avaliação externa. Dado que o objeto de interesse deste estudo é o cuidado em saúde mental, foram priorizadas as informações contidas nos módulos 2 – entrevista com Profissional da equipe de atenção básica e 4 – entrevista com profissional do NASF, excluindo-se as questões que não continham dados de interesse da pesquisa.

Na leitura do questionário e na revisão do banco, buscou-se identificar as perguntas que investigavam as ações dirigidas à saúde mental e ao apoio matricial também direcionado a este tema, executadas pelas equipes da atenção básica e pelos NASFs, respectivamente, o que incluía informações sobre organização e oferta do cuidado em saúde mental na AB e da atuação dos NASF junto as equipes de saúde da família, acrescentando-se os dados a Unidade da Federação. Foram excluídas todas as perguntas e resposta que não tratassem do tema da saúde mental. No primeiro momento, identificou-se um grupo de 38 perguntas, de ambos os módulos, que abordavam o tema estudado. Foi empreendida uma segunda revisão, procedendo-se a eliminação daquelas que lidassem de modo apenas tangencial com o tema da saúde mental, bem como as que investigassem aspectos ligados à saúde mental, mas executados em outros níveis de atenção como os CAPS.

As perguntas remanescentes, num total de 32, foram divididas em dois grupos – equipes de saúde da família (18 perguntas) e NASF (14 perguntas) – e categorizadas em temáticas. Para as ESF, foram identificados, a partir do banco, 3 tipos de ações avaliadas: ações voltadas à promoção e educação em saúde mental; cuidados dirigidos a usuários em sofrimento psíquico e/ou transtorno mental; e ações de gestão do cuidado em saúde mental.

Para as equipes da ESF também foram selecionadas variáveis que compusessem o perfil da equipe entrevistada, com informações sobre o vínculo, formação e tempo de atuação na equipe.

No caso dos NASF, como esses grupos não atuam somente com saúde mental, a revisão feita no banco contemplou uma busca das perguntas de avaliação que tratassem diretamente das atividades voltadas para este tema. Buscou-se também atender aos termos da Portaria GM nº 154, que inclui, entre as atividades do NASF, ações de gestão e capacitação a serem exercidas pelos profissionais que compõem os NASF junto às equipes de saúde da família. Após a categorização, as variáveis selecionadas foram agrupadas em 3 dimensões que fazem referência às ações propostas nas diretrizes e na portaria supracitada: ações clínico-assistenciais; ações técnico-pedagógicas e ações de gestão do cuidado em saúde mental.

Na literatura disponível sobre avaliação e oferta do cuidado em saúde mental na AB não foram encontrados parâmetros ou indicadores que definam as características, perfil de atividades e de resolutividade, bem como a qualidade do cuidado a ser ofertado em saúde mental na rede de AB. Ao contrário de outras formas de organização do cuidado, como por exemplo a atenção programática ao pré-natal, controle de doenças transmissíveis e outras, as atividades de saúde mental não dispõem de normativas ou manuais que instituem parâmetros de atuação que guiem as atividades das equipes. Em função disso, a avaliação foi guiada pelas questões que constam no questionário do PMAQ e que foram respondidas pelas equipes.

Os dados foram tabulados em planilha do programa Microsoft Office Excel 2013 e analisados através do software de análise estatística *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22. A natureza dos procedimentos de análise desta pesquisa foi pautada em estudo descritivo e analítico com apresentação de frequências e percentuais além da análise bivariada verificando a associação entre cada componente selecionado com as regiões brasileiras. As diferenças na distribuição das características do cuidado em saúde mental para cada região do país serão verificadas com teste qui-quadrado, adotando um nível de significância de 5%.

A avaliação aqui proposta se deu no nível das ações e dos serviços, sendo consideradas as ações desenvolvidas pelas equipes no que tange à assistência em saúde mental, organização destas e apoio matricial. Busca-se desvelar a dimensão macro do cuidado através do conhecimento das ações produzidas pelo nível primário de assistência e sua adequação aos princípios do Sistema Único de Saúde.

3. RESULTADOS

3.1. Artigo: Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil.¹

Autores: Tiziana Bezerra Gerbaldo, Adenilda Teixeira Arruda, Bernardo Lessa Horta, Luiza Garnelo.

Resumo

Estudo transversal sobre o cuidado em saúde mental com 29.778 equipes (87,1% do total) da Estratégia Saúde da Família. Avaliação normativa dos dados do 2º ciclo do PMAQ-AB, nas dimensões Perfil dos profissionais, Promoção da saúde mental, Gestão e Oferta do cuidado. Resultados mostram que 33,8% dos entrevistados tinham vínculo trabalhista precário e 60,3% deles se sentiam despreparados para atuar em saúde mental. A oferta do conjunto de ações avaliadas só ocorreu entre 9,5% das equipes, para o Brasil e 2,2% na região Norte. Cerca de metade não desenvolvia estratégias de promoção da saúde e apenas 9,8% efetivava a gestão do cuidado. Conclui-se que os baixos percentuais de implantação em nível nacional coexistem com expressivas desigualdades regionais, com piores resultados no Norte. Faz-se necessário o fortalecimento de ações de promoção da saúde, qualificação das equipes, despreciação de vínculos, e reordenamento da gestão do cuidado.

Palavras-chave: saúde mental, atenção básica, programas de saúde

Abstract

Cross-sectional study about mental health care among 29.778 Family Health Strategy teams (87,1% of the total). Normative evaluation of PMAQ's 2nd cycle data, on the following dimensions Professional Profile, Mental Health Promotion, Management and Care Offer. The result shows that 33,8% of the interviewed had precarious employment relationship and 60,3% felt unprepared to work in mental health. The offer of the set of evaluated actions only

¹Artigo aprovado na revista Trabalho, Educação e Saúde.

occurred among 9,5% of the teams for Brazil, and 2,2% in the North. About half didn't develop health promotion strategies, and only 9,8% developed care management. We conclude that the national low percentage in the implementation coexists with significant regional disparities, with the worst results in the North. It is necessary to strengthen health promotion, qualify the teams, improve employment relationships and reorganize care management.

Key words: *mental health, primary health care, health programs and plans*

Resumen

Estudio transversal en el cuidado de La salud mental entre los 29.778 equipos (87,1% del total) de estrategia de salud familiar. Evaluación normativa de los datos del ciclo 2º ciclo PMAQ-AB, en las dimensiones del perfil de los profesionales, promoción de La salud mental, manejo y oferta de cuidado. Los resultados muestran que 33,8% de los encuestados tenía relación de empleo precario y el 60,3% de ellos no se sentía preparado para trabajar en la salud mental. La oferta del conjunto de acciones evaluadas sólo se produjo entre el 9,5% de los equipos de Brasil y el 2,2% en el Norte. Alrededor de la mitad no desarrolló estrategias de promoción de la salud y solamente 9,8% hacía gestión de la atención. Llegamos a la conclusión de que los bajos porcentajes a nivel nacional en la implementación coexisten con importantes diferencias regionales, con los peores resultados en el Norte. Es necesario fortalecer la promoción de la salud, la cualificación de los equipos, mejorar las relaciones laborales y reorganizar la gestión del cuidado.

Palabras-clave: *salud mental, atención primaria de salud, planes y programas de salud*

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais são importante causa de morbidade e de mortalidade prematura, representando 12% da carga mundial de doença (WHO, 2008). No Brasil, estimativas do Ministério da Saúde apontam que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental e 9% de atendimento eventual, no caso de transtornos de menor gravidade (Brasil, 2003).

A rede de atenção básica (AB) é o nível preferencial para oferta de ações de saúde mental e ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Brasil, 2012; Brasil, 2011). O cuidado em saúde mental na AB envolve um conjunto de atividades que visam o controle de sintomas, a prevenção de recidivas e a redução do risco de internação, envolvendo diagnóstico precoce, tratamento – incluído o manejo de psicotrópicos – e acompanhamento adequados, além de promoção da saúde (WHO, 2001).

Entre os benefícios dos cuidados de saúde mental na Atenção Básica, são apontados desfechos clínicos positivos, melhora da qualidade de vida de pacientes com depressão (Schoenbaum, 2002), ampliação da cobertura assistencial dos agravos mentais e a redução das práticas manicomialis (Rodrigues; Moreira, 2012).

No que diz respeito à prevalência de transtornos mentais entre os usuários do sistema de saúde, publicações mais recentes que avaliaram a prevalência de transtornos mentais comuns em usuários da atenção básica nos municípios de S. João del Rei e São Paulo encontraram prevalências de 24,95% e 43,7%, respectivamente, em usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF), indicando a importância do atendimento a tais problemas na rede de atenção primária (Moreira et al., 2011; Maragno et al., 2006).

O presente artigo avalia a organização do cuidado (Cecílio, 2011) em saúde mental desenvolvido na ESF no Brasil, através das dimensões Promoção da saúde mental, Gestão e Oferta do cuidado. Investiga variáveis como organização e disponibilidade de cuidados em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, planejamento das ações e a definição de fluxos e rotinas no atendimento aos usuários. Os dados provêm o 2º ciclo avaliativo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que objetiva incentivar a melhoria da qualidade e ampliação do acesso, efetividade e qualidade das ações ofertadas na rede básica de saúde (Brasil, 2013). A avaliação realizada se caracteriza como uma apreciação normativa, nos termos de Champagne, Brousselle e Contandriopoulos (2011).

MÉTODOS

Estudo transversal desenvolvido a partir das informações obtidas do banco de dados do componente de avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB.

Esta avaliação foi realizada por instituições de ensino e pesquisa, entre 2013-2014. A coleta dos dados foi feita de forma eletrônica, utilizando-se equipamentos tipo tablete. Foram entrevistadas 29.778 equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF) que atuavam na AB, equivalendo a 87,1% do total de 34.185 equipes implantadas no país (Brasil, 2016). Dadas as características do programa PMAQ-AB, a seleção de equipes foi feita por adesão voluntária ao processo avaliativo.

O instrumento de coleta de dados contemplava perguntas sobre o perfil dos profissionais da ESF e dos serviços ofertados nas unidades saúde da família. O bloco relativo aos serviços constava de quatro módulos: 1) observação na Unidade Básica de Saúde; 2) entrevista com profissional de saúde e verificação de documentos; 3)

entrevista com os usuários; 4) entrevista com o NASF (Brasil, 2013). Para este artigo foi analisado o módulo 2, nos itens II.23 (Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico); II.3, II.4, II.5 e II.7 (utilizados para avaliar o perfil profissional e qualificação dos entrevistados); itens II.12, II.14 e II.23 (gestão do cuidado e acolhimento à demanda espontânea) e II.26 (ações de promoção à saúde). Do conjunto desses itens foram selecionadas 6 perguntas relativas ao perfil profissional e 18 relativas às ações ofertadas ao usuário em sofrimento psíquico, acolhimento à demanda e promoção da saúde.

O plano de análise contemplou o reagrupamento das perguntas oriundas do banco, selecionadas segundo sua congruência com as dimensões avaliativas priorizadas no estudo (Perfil Profissional, Promoção da Saúde, Oferta de Cuidado em Saúde Mental e Gestão do Cuidado em Saúde Mental). A seleção e reagrupamento das variáveis relativas às ações em saúde mental tomou como base a portaria 3.088 (Brasil, 2011), que preconiza as atividades a serem desenvolvidas nas unidades básicas de saúde. O conjunto de dimensões e subdimensões avaliativas está disposto no Quadro 1.

Todas as equipes cujas respostas constavam no banco da avaliação externa foram incluídas, já que não houve perdas.

Quadro 1 – Descrição das dimensões e subdimensões de avaliação da oferta do cuidado em saúde mental

Dimensões de Análise	Subdimensões (variáveis oriundas do questionário)
Perfil Profissional	II.3.2. Profissão
	II.3.5. Tempo de Trabalho na Equipe
	II.5.2. Qual seu tipo de vínculo?
	II.4.1 Possui ou está em formação

	complementar?
	II.7.1. Participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?
	II.23. 2.Tem preparo para lidar com demandas de saúde mental?
Promoção de saúde mental	II.26.2.8. Promove ações educativas em saúde mental?
	II.26.2.11.Promove ações educativas para usuários de álcool e outras drogas?
	II.26.2.12.Promove ações educativas para usuários crônicos de medicamentos psicotrópicos?
Oferta de Cuidado em saúde mental	II.23.1.Atende à demanda espontânea em saúde mental?
	II.23.8.Realiza ações voltadas para usuários de álcool e outras drogas?
	II.23.10.Realiza ações voltadas para usuários crônicos de psicotrópicos?
	II.23.4.1.Oferta consulta de saúde mental com tempo maior?
	II.23.4.3.Oferta atendimento em grupo?
	II.23.4.4.Realiza atendimento com profissionais de saúde mental (apoio matricial)
	II.23.4.2. Efetua registro da história de vida?
Gestão do cuidado em saúde mental	II.12.7.5.Possui protocolo para acolhimento à demanda espontânea em saúde mental?
	II.14.4.9.Possui protocolo para estratificação de risco para situações de saúde mental?
	II.14.4.11.Possui protocolo para estratificação de risco para situações de uso de álcool e outras drogas?
	II.14.3.6.Programa oferta de consultas em saúde mental?
	II.14.5.6.Programa ações de saúde mental de acordo com estratificação de risco?
	II.23.6.Registra os casos mais graves em saúde mental?

	II.23.7.Registra os usuários de álcool e outras drogas?
	II.23.9.Registra os usuários em uso crônico de psicotrópicos?

Ao contrário de outras formas de atenção programática, como a atenção ao pré-natal e o controle de doenças transmissíveis (Brasil, 2015), que dispõem de protocolos clínicos e indicadores que definem padrões mínimos de qualidade do cuidado e nível de resolutividade desejável na atenção básica, não foram encontrados parâmetros equivalentes para atenção à saúde mental. Tal circunstância limitou a avaliação às questões previamente definidas no questionário do PMAQ impedindo que se avaliasse a adequação das ações ofertadas na ESF.

Os dados foram tabulados em planilha do programa Microsoft Office Excel 2013 e para análise de dados utilizou-se o software IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 22. As ações foram investigadas individualmente e por dimensões, contabilizando-se a quantidade de ações realizadas por grupo de análise e agrupando-as em intervalos. A análise por dimensão considerou apenas as respostas que indicavam execução da ação investigada. Além da análise descritiva, realizou-se análise bivariada para avaliar a associação de cada componente selecionado com as regiões geopolíticas brasileiras. As diferenças na distribuição das características do cuidado em saúde mental para cada região do país foram verificadas com teste qui-quadrado, adotando um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Ensp/ Fiocruz, e recebeu o parecer nº 357.974 em 15/08/2013.

equipe							
Até um ano	47,5	53,4	49,8	48,1	36,0	51,7	
De 2 a 5 anos	29,3	23,8	27,2	34,1	25,0	31,4	
De 6 a 9 anos	10,2	8,3	12,0	9,6	9,2	8,3	
10 anos ou mais	5,2	4,2	6,0	4,6	5,2	4,6	
Não sabe	7,8	10,4	5,0	3,5	24,6	3,9	
Vínculo							
Estatutário	40,4	35,6	41,7	29,3	58,7	51,6	<0,001
Empregado CLT	7,0	1,8	3,4	7,3	20,2	1,9	
Contrato CLT	14,7	4,9	6,7	30,1	8,0	5,9	
Contrato temporário	33,8	51,9	43,1	30,1	10,0	36,2	
Outros	4,1	5,8	5,1	3,1	3,1	4,4	
Possui formação complementar							
	83,6	77,7	87,3	82,2	83,7	77,5	<0,001
Participa de educação permanente							
	88,9	86,3	87,5	91,8	88,7	84,8	<0,001
Tem preparo para lidar com demandas em saúde mental							
	39,7	26,7	34,1	45,0	49,3	35,6	<0,001
N	29778	2160	10768	10100	4509	2241	

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB, segundo ciclo, 2013/2014.

A Tabela 2 mostra os resultados referentes à promoção da saúde, oferta e gestão do cuidado. As ações educativas e de promoção da saúde apresentaram baixos percentuais de respostas, variando de 23,5% para a promoção e educação para usuários de medicamentos psicotrópicos a 33,9% para usuários de álcool e outras drogas. Destaca-se que nessas ações a região Norte também apresentou os menores percentuais de atividades desenvolvidas, enquanto que as maiores frequências foram observadas na região Sul. A maioria das equipes afirmou atender pessoas em sofrimento psíquico na unidade (88,2%), mas somente metade (55,2%) programava a oferta de consultas para este público e realizava ações para usuários crônicos de medicamentos psicotrópicos (48,8%). Com relação ao atendimento com profissionais de saúde mental do NASF ou

outro tipo de apoio matricial, 62,0% das equipes afirmou executar esta atividade. Para todas as outras ações o percentual não alcançou 50%. A oferta de atendimento em grupo foi a estratégia menos utilizada pelas equipes (27,6%), sendo realizada apenas por 9,0% das equipes entrevistadas na Região Norte. Na gestão do cuidado, somente a oferta programada de consultas em saúde mental e o registro dos casos mais graves e de usuários de medicamentos psicotrópicos ultrapassam 50% das respostas para o país como um todo. A região Norte persiste com os menores índices para todas as ações.

Tabela 2 – Dimensões e variáveis estudadas na organização e gestão do cuidado em saúde mental pelas equipes de saúde da família entrevistadas no PMAQ-AB 2º ciclo. Brasil e regiões.

Dimensões	Regiões						p-valor
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Promoção de saúde mental							
Promove ações educativas em saúde mental?	32,4	24,7	29,9	33,9	40,4	28,7	<0,001
Promove ações educativas para usuários de álcool e outras drogas?	33,9	32,1	35,7	30,9	37,3	33,2	<0,001
Promove ações educativas para usuários crônicos de medicamentos psicotrópicos?	23,5	16,2	23,7	23,7	27,1	21,9	<0,001
Oferta de cuidado em saúde mental							
Atende a demanda espontânea em saúde mental?	88,2	72,4	85,2	92,3	96,1	83,2	<0,001
Realiza ações voltadas para usuários de álcool e outras drogas?	36,6	25,0	37,0	38,6	41,0	28,2	<0,001

Realiza ações voltadas para usuários crônicos de psicotrópicos?	48,8	32,7	49,3	51,7	53,0	40,6	<0,001
Oferta consulta de saúde mental com tempo maior?	47,3	30,7	45,1	51,9	55,3	37,0	<0,001
Oferta atendimento em grupo?	27,6	9,0	19,1	36,7	41,2	18,5	<0,001
Realiza atendimento com profissionais de saúde mental (apoio matricial)	62,0	38,1	62,1	68,9	67,8	41,9	<0,001
Efetua registro da história de vida?	45,2	28,1	41,7	52,3	51,7	33,2	<0,001
<hr/>							
Gestão do cuidado em saúde mental							
<hr/>							
Possui protocolo para acolhimento à demanda espontânea em saúde mental?	47,1	23,7	41,3	62,6	45,5	31,1	<0,001
Possui protocolo para estratificação de risco para situações de saúde mental?	49,6	29,2	45,5	63,2	46,2	34,0	<0,001
Possui protocolo para estratificação de risco para situações de uso de álcool e outras drogas?	33,4	15,8	28,5	43,8	35,5	22,1	<0,001
Programa oferta de consultas em saúde mental?	55,2	49,6	52,4	58,9	59,9	48,4	<0,001
Programa ações de saúde mental de acordo com estratificação de risco?	46,0	35,3	45,8	48,9	49,5	37,4	<0,001
Registra os casos mais graves em saúde mental?	52,9	33,2	50,7	62,4	54,6	36,3	<0,001
Registra os usuários de álcool e outras drogas?	36,8	15,0	33,7	46,0	41,5	21,2	<0,001
Registra os usuários em uso crônico de	55,0	42,5	55,6	56,4	58,4	51,0	<0,001

psicotrópicos?

N	29.778	2.160	10.768	10.100	4.509	2.241
---	--------	-------	--------	--------	-------	-------

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB, segundo ciclo, 2013/2014.

A tabela 3 congrega as ações de saúde mental agrupadas para uma avaliação global das dimensões priorizadas no estudo. Observa-se que 52,1% das equipes não realizavam ações de promoção de saúde mental. Apesar das diferenças observadas entre as regiões, o percentual de equipes que não realizam nenhuma das ações de promoção foi elevado em todo país. No que diz respeito à oferta de cuidados em saúde mental, somente 8,8% das equipes relatou não ofertar quaisquer cuidados. A comparação entre as regiões evidencia grande desigualdade: enquanto 2,9% das equipes da região Sul afirmou não ofertar ações de cuidado em saúde mental, no Norte este percentual foi de 22,6%. Tal desigualdade se repete no campo gestão, em que 26,4% das equipes do Norte informou não programar ações, em contraponto às regiões Sudeste e Sul, onde esse percentual cai para 8,2% e 10,3%, respectivamente.

Tabela 3 – Dimensões da organização do cuidado em saúde mental pelas equipes de saúde da família no PMAQ-AB 2º ciclo. Brasil e regiões.

Dimensões	Brasil	Região					p-valor
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	
Promoção de saúde mental							<0,001
0	52,1	58,4	52,6	52,7	45,8	53,9	
1-2 ações	33,1	31,3	32,3	32,7	36,5	33,7	
3 ações	14,8	10,2	15,1	14,7	17,7	12,4	
Oferta de cuidado em saúde mental							<0,001
0	8,8	22,6	10,5	6,0	2,9	12,1	
1-3 ações	39,8	48,1	40,8	35,7	36,6	51,6	
4-6 ações	41,9	27,0	40,8	46,2	46,9	32,0	
7 ações	9,5	2,2	7,9	12,1	13,5	4,2	
Gestão do cuidado em saúde mental							<0,001
0	12,8	26,4	14,0	8,2	10,3	19,5	

1-3 ações	35,7	43,2	37,9	29,2	36,7	44,9
4-7 ações	41,7	27,9	40,4	48,7	41,1	31,5
8 ações	9,8	2,5	7,7	13,9	11,9	4,1
N	29778	2160	10768	10100	4509	2241

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB, segundo ciclo, 2013/2014.

A Tabela 4 mostra que a maior proporção de profissionais com preparo para lidar com as demandas de saúde mental se deu entre os que participavam de atividades de educação permanente. Em que pese tais afirmações, o percentual de equipes que desempenhavam menos da metade das ações avaliadas ainda foi elevado neste grupo, embora em menor proporção do que a observada entre os que se diziam despreparados.

Tabela 4 – Relação das variáveis oferta de cuidado, gestão do cuidado e preparo para lidar com demandas em saúde mental pela educação permanente

Variáveis	Educação permanente		p-valor
	Sim	Não	
Tem preparo para lidar com demandas em saúde mental?			<0,001
Sim	42,5	17,6	
Não	57,5	82,4	
Oferta de cuidado em saúde mental			<0,001
0 ações	7,9	16,4	
1-3 ações	37,9	55,2	
4-6 ações	43,8	26,5	
7 ações	10,4	1,9	
Gestão do cuidado em saúde mental			<0,001
0 ações	11,2	25,5	
1-3 ações	34,3	47,1	
4-7 ações	43,7	25,6	
8 ações	10,8	1,8	
N			29.778

Fonte: Banco de dados do PMAQ-AB, segundo ciclo, 2013/2014.

DISCUSSÃO

As equipes avaliadas eram, em grande parte, formadas por profissionais com até um ano de atuação na equipe. A precariedade de vínculo foi observada entre equipes em todo o Brasil, exceto na região Sul; porém, nem a variável tempo e nem o vínculo exerceram influência significativa nos itens investigados. Grande número de equipes (88,2%) relatou atender demandas de saúde mental, porém, pouco mais de um terço afirmou estar preparado para lidar com este tipo de demanda. Com relação à oferta de cuidado, as ações investigadas obtiveram índices baixos, à exceção do atendimento com profissionais de saúde mental, via NASF ou outro dispositivo, que foi referido por 62% dos entrevistados. Esses percentuais elevados podem indicar que profissionais destes dispositivos estejam atuando de forma substitutiva, ou seja, atendendo eles mesmos os pacientes, ao invés de atuarem como apoio matricial (Rodrigues; Moreira, 2012; Figueiredo; Campos, 2009).

O registro dos casos, elemento fundamental para a avaliação de quaisquer ações de saúde, mostrou-se uma ferramenta de uso incipiente nas regiões Norte e Centro Oeste, o que impacta negativamente na gestão do cuidado aos casos. Já as regiões Sudeste e Sul, que despontam com os melhores resultados de registro em saúde (Souza, 2016), são também aquelas com maiores percentuais de formação complementar e com maior número de entrevistados que declaram preparo para lidar com demandas de saúde mental, sugerindo que a qualificação das equipes exerce influência positiva na gestão do cuidado. No tocante a este item, chama atenção o fato de que menos de 50% dos entrevistados afirmou ter acesso aos protocolos clínicos e de classificação de risco. Considerando que o registro dos usuários com demandas em saúde mental era realizado por pouco mais de metade das equipes, é possível inferir que parte desses profissionais

vem atendendo e registrando os casos, sem contar com apoio de protocolos de orientação.

Os dados evidenciam que grande parte dos profissionais da atenção básica não se sente preparada para lidar com as demandas de saúde mental, situação identificada também em estudos anteriores (Tanaka; Ribeiro, 2009; Koga; Furageto; Santos, 2006). A relatada falta de preparo vem sendo atribuída (Rodrigues; Moreira, 2012; Tanaka; Ribeiro, 2009) a uma formação profissional que não capacita para a atenção dos problemas de saúde mental na atenção básica, ou a um entendimento equivocado de que a saúde mental só pode ser trabalhada pelos especialistas da área (Rodrigues; Moreira, 2012).

As ações educativas e de promoção de saúde em saúde mental obtiveram pouco mais de um terço das respostas afirmativas, revelando baixa incorporação dessas atividades na rotina dos serviços e distanciamento das recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Baixos índices de execução de ações de promoção de saúde não são exclusividade do campo de saúde mental, havendo estudos (Garnelo et al., 2014; Medina et al., 2014) que confirmam a incipiência das ações de promoção e prevenção a doenças crônicas em geral no nível primário. Teixeira et al. (2014) também apontam que nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste o índice de organização de ações educativas e de promoção da saúde era muito menor que entre ESF do Sudeste e Sul, onde mais de 80% das equipes organizavam a agenda para oferecer estas atividades.

Outras ações com baixa incorporação na rotina são aquelas voltadas para usuários de álcool e outras drogas e medicamentos psicotrópicos, que obtiveram índices baixos tanto na oferta de cuidado quanto na gestão. A esse respeito, Koga, Furageto e Santos (2006), também constataram que profissionais da ESF em Maringá não possuíam

preparo para orientar os usuários sobre uso de medicamentos psicotrópicos. Estudos do 1º ciclo do PMAQ, também vêm apontando baixa implementação de ações de prevenção do abuso de psicotrópicos e de promoção da saúde mental (Teixeira et al., 2014).

A Política Nacional Antidrogas ressalta a importância do desenvolvimento de ações no plano local onde se efetiva o risco (Brasil, 2002), colocando em destaque o papel da Equipe de Saúde da Família, cujo conhecimento abrangente da realidade do território e inserção na comunidade desempenham papel fundamental na prevenção ao uso de drogas, e favorecimento de intervenções contínuas e de base territorial.

O uso abusivo de substâncias costuma envolver questões de ordem social, familiares e psicológicas que devem ser abordados em profundidade, demandando qualificação adequada dos profissionais, além de integração com a rede de referência para atendimento de casos mais graves (Figueiredo; Campos, 2009). Nesse sentido, a coordenação do cuidado pela Equipe Saúde da Família (EqSF) assume papel crucial para garantir a qualidade da atenção. A constatação de que mais de 50% das equipes entrevistadas não efetua a gestão do cuidado e tem baixa adesão ao uso de protocolos com diretrizes terapêuticas e de estratificação de risco dos usuários com transtornos mentais, aponta para limitada capacidade organizativa, o que compromete a efetividade e a integralidade das ações. Trata-se de um cenário já delineado em publicação de 2009 (Tanaka; Ribeiro, 2009), que parece não ter sofrido alterações.

O insuficiente preparo das EqSF para lidar com as demandas, não apenas de saúde mental, também tem sido observado em outros estudos (Souza; Scatena, 2007; Spadini; Souza, 2010), que apontam o predomínio dos saberes biomédicos na formação dos profissionais como fator impeditivo da aquisição de subsídios para o manejo dos aspectos psicológicos e emocionais, ao lado de uma educação permanente pouco

direcionada para subsidiar a atividade prática (Tanaka; Ribeiro, 2009; Souza; Scatena, 2007; Arantes; Shimizu; Mércan-Hamann, 2016).

Outros aspectos associados, como a inadequada organização do processo de trabalho, com consultas curtas, falta de medicamentos, inexistência ou dificuldade de articulação com a rede de apoio e baixo retorno dos encaminhamentos (Tanaka; Ribeiro, 2009; Spadini; Souza, 2010; Arantes; Shimizu; Mércan-Hamann, 2016), coexistem com uma rápida expansão da ESF sem o equivalente aporte da rede de referência (Tanaka; Ribeiro, 2009), contribuindo para agravar o panorama descrito. Os dados aqui analisados sugerem que as ações de educação permanente influenciam na maior oferta de cuidado e no aprimoramento da gestão local que visa garanti-la, entretanto, não foram suficientes para elevar os índices das equipes para além de 50% de realização.

A análise do manejo das demandas dos usuários evidenciou baixa oferta de atendimento em grupos, remetendo ao despreparo mencionado pelas equipes e identificado também por Spadini e Souza (2010). O trabalho em grupo é estratégia prioritária para a promoção de saúde (Moliner; Lopes, 2013; Nogueira et al., 2016) e para abordagem de portadores de transtornos mentais, sendo uma técnica frequentemente utilizada pelos profissionais que realizam apoio matricial (Campos, 1999) ou seja, os de maior qualificação para atender à saúde mental.

O conjunto de resultados sugere que a inserção da saúde mental na atenção básica é incipiente; que há expressiva fragilidade na oferta organizada do cuidado; baixo registro dos casos; ausência de protocolos nas unidades; limitado desenvolvimento de ações de promoção de saúde e para usuários de álcool, medicamentos psicotrópicos e outras drogas. Tais problemas prejudicam a definição dos fluxos e agravam a insuficiência da gestão do cuidado em saúde mental. Há lacunas com relação à formação dos profissionais. Estas devem ser preenchidas mediante a universalização do

acesso aos protocolos e às técnicas que permitam identificar, estratificar e abordar com segurança os problemas de saúde mental. Os níveis centrais de gestão do SUS também precisam definir protocolos e indicadores – hoje inexistentes - que estabeleçam perfis e parâmetros de atendimento para este público na atenção básica.

O crescimento da prevalência de condições crônicas no perfil epidemiológico da população brasileira, aí incluídos os transtornos mentais, exige melhoria na qualificação do cuidado e fortalecimento da rede de atenção psicossocial. A articulação entre a saúde mental e a atenção básica é ainda frágil e seu desenvolvimento muito desigual no país, acompanhando o perfil das iniquidades regionais, seja no que diz respeito às condições de vida, seja na distribuição da rede assistencial. Atenção particular deve ser dada à região Norte, onde limitações na distribuição e qualidade nos serviços ofertados somam-se às dificuldades de acesso geográfico, conferindo um papel ainda mais estratégico a atuação das Equipes de Saúde da Família.

Como principais limitações do estudo aponta-se o fato da amostra não ser aleatória e sim resultante da adesão voluntária das equipes. Esta pré-condição é amenizada pelo alcance de 87,1% das equipes que atuam no país. Ainda assim, persiste um viés de seleção, já que os municípios tenderiam a fazer adesão de suas equipes com melhor desempenho, com conseqüente elevação das respostas positivas (Fausto et al., 2014). Tal condição recomenda cautela na generalização dos resultados, pois, caso disponíveis, as respostas das equipes que não aderiram poderiam evidenciar resultados ainda piores.

O instrumento de coleta de dados do PMAQ também carece de precisão na formulação de alguns quesitos, como na caracterização de subgrupos investigados (usuários de drogas e de medicamentos psicotrópicos) e de algumas ações ofertadas (*“Registra casos mais graves em saúde mental?”*) dificultando o adensamento das

discussões sobre a temática. Apesar dessas limitações, a análise dos resultados da avaliação externa propiciou um amplo retrato da oferta deste tipo de cuidado na AB, identificando necessidades de fortalecimento da rede e de qualificação das Equipes de Saúde da Família para a atuação em saúde mental.

Contribuições dos autores

T. Gerbaldo, A. Arruda e B. Horta atuaram na concepção do projeto, análise dos dados e redação final do artigo. L. Garnelo atuou na concepção do projeto, coleta e análise dos dados e redação final do artigo.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano.J.; SHIMIZU, Helena. E.; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão de literatura. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**: Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília: 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília: 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários, inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: Brasil, jan. 2013 a dez. 2014.** Tabela. Brasília: 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab./historico%20cobertura%20sf/historico%20cobertura%20sf%20relatorio.php>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Crítérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CECÍLIO, Luiz C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v.15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CHAMPAGNE, François et al. A Apreciação Normativa. In: BROUSSELLE, Astrid et al. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. cap. 4.

FAUSTO, Márcia C. R et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**,

Rio de Janeiro, v. 38, p. 13-33, out. 2014. Edição Especial.

FIGUEIREDO, Mariana D.; CAMPOS, Rosana O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

GARNELO, Luiza. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 158-172, out. 2014. Edição Especial.

KOGA, Mariko; FURAGETO, Antonia R. F; SANTOS, Jair L. F. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num programa de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, mar./abr. 2006.

MARAGNO, Luciana et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006.

MEDINA, Maria G. et al. Promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 69-82, out. 2014. Edição Especial.

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

MOREIRA, Juliana K. P et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011.

NOGUEIRA, Alyne L.G et al. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 964-971, out. 2016.

RODRIGUES, Euzilene S.; MOREIRA, Maria I. B. A Interlocação da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012.

SCHOENBAUM, Michael et al. The effects of primary care depression treatment on patient's clinical status and employment. **Health Services Research Journal**, Chicago, v. 37, n. 5, p. 1145-1158, oct. 2002.

SOUZA, Maximiliano Loiola P. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 405-410, 2016.

SOUZA, Rozemere C.; SCATENA, Maria Cecília M. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no programa de saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 147-160, 2007.

SPADINI, Luciene S.; SOUZA, Maria Conceição B.M. O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-360, 2010.

TANAKA, Oswaldo U.; RIBEIRO, Edith L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TEIXEIRA, Mirna B. et al. Avaliação das práticas de promoção de saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 52-68, out. 2014. Edição Especial.

World Health Organization. **Mental Health Gap Programme: scaling up care for mental, neurological and substance disorders**. Washington: 2008.

_____. **The World Health Report: mental health new understanding, new hope**. Washington: 2001.

3.2. Artigo: Avaliação do apoio matricial em saúde mental nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Autores: Tiziana Bezerra Gerbaldo, Adenilda Teixeira Arruda, Bernardo Lessa Horta, Luiza Garnelo.

Resumo

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são ferramentas importantes para o reorganização do modelo assistencial em saúde mental e fortalecimento da rede. Este estudo teve por objetivo avaliar a provisão de cuidados em saúde mental desenvolvidos pelos NASFs. Metodologia: avaliação normativa do apoio matricial em saúde mental desenvolvido por 1.773 equipes do NASF (84,38% do total) participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. A análise abrangeu o reagrupamento das ações em 3 dimensões prioritárias (clínico-assistencial, técnico-pedagógica e gestão do cuidado), análise descritiva e bivariada que investigou associação com as regiões geopolíticas brasileiras. Resultados mostram oferta de ações de educação permanente (51,6%) e de formação específica dos profissionais ingressantes no NASF (45,6) para metade dos participantes; oferta de ações clínico-assistenciais em 58,7%; e resultados para ações aos usuários de álcool e outras drogas menor que 70%. Os maiores resultados no desenvolvimento de ações técnico-pedagógicas e de gestão do cuidado foram encontrados nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. Conclui-se que há maior desenvolvimento de ações diretamente ofertadas ao usuário pelas equipes do NASF que ações de apoio educativo e gestão compartilhada. Há expressivas desigualdades regionais, com menores índices no Norte e Centro Oeste. Recomenda-se a potencialização das atribuições técnico-pedagógicas do apoio matricial, visando fortalecer a rede de apoio psicossocial e o cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, apoio matricial, saúde mental.

Abstract

Title: Evaluation of matrix support in mental health teams in the Support Center for Family Health.

Support Centers for Family Health (NASF) are primary care devices that aim to improve scope and the solvability of the actions developed in the Family Health Strategy. Objective: To evaluate the provision of care to people in psychological distress developed with NASF's matrix support. Methodology: Cross-sectional study of matrix support in mental health care with 1,773 NASF (84.38% of total). The normative evaluation included the following dimensions: clinical care, technical and pedagogical actions and care management, with a descriptive and bivariate analysis which investigated the association with Brazilian geopolitical regions. Results show low supply of permanent education actions (51.6%) and specific training of professionals entering the NASF (45.6%); moderate supply of clinical-care activities (58.7); low percentage of actions for users of alcohol and other drugs (<70%). The best results in the development of technical and pedagogical actions and care management were found in the Southeast and South of Brazil. We conclude that there is a greater offer of directly activities to the final user than actions of educational support and shared management. There are significant regional disparities, with the worst results in the North and Midwest. It is recommended the enhancement of technical and pedagogical tasks of the matrix support, to strengthen the network of psychosocial support and mental health care.

Keywords: primary health care, matrix support, mental health.

INTRODUÇÃO

A oferta de ações de saúde mental na rede de atenção primária à saúde é tida como via propiciadora da oferta de diagnóstico e tratamento precoces, além de acompanhamento adequado com potencialidade para reduzir internações e recidivas graves (ANDREOLI, 2007; WHO, 2001).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dispõe sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), caracterizando-os como dispositivos da atenção básica que oferecem apoio às Equipes de Saúde da Família (EqSF) mediante trabalho conjunto e responsabilização compartilhada. A atuação dos NASF abrange nove áreas estratégicas, aí incluída a saúde mental, tendo por objetivo ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações desenvolvidas pelas EqSF, apoiando sua implantação e promovendo a constituição de uma rede de atenção coordenada e integrada (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012a).

A Portaria GM nº 154 de 2008 recomenda que os NASFs possuam, no mínimo, um profissional de saúde mental e que as equipes desenvolvam ações para a reinserção social, acesso à saúde e enfrentamento de agravos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e combate ao sofrimento psíquico relacionado a qualquer doença, promovendo equidade, integralidade do cuidado e gestão integrada. As ações do NASF devem incorporar suporte à abordagem e manejo de casos em saúde mental, discussão de casos, desenvolvimento de ações para mobilização de recursos comunitários e estratégias para enfrentamento de

problemas relacionados à violência e abuso de álcool e outras drogas. Tais ações devem priorizar a abordagem coletiva, em prol da não discriminação e da não medicalização de “situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana” (BRASIL, 2008, p.8; BRASIL, 2010).

O apoio matricial foi concebido como eixo organizador da inclusão de ações em saúde mental na atenção básica, na perspectiva da mudança no modelo assistencial praticado nesse nível assistencial (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010). Configura-se tanto como um arranjo organizacional, que oferta suporte técnico-pedagógico para a corresponsabilização e redução da fragmentação do cuidado, quanto uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, ao almejar eficácia e eficiência no trabalho, e potencializar a clínica ampliada (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial também é composto por uma dimensão assistencial que se refere à atuação clínica direta junto ao público-alvo da atenção básica; porém, esta atividade deveria assumir caráter excepcional, não instituindo o NASF como porta de entrada da atenção básica (BRASIL, 2010).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem por objetivo incentivar a melhoria da qualidade e ampliação do acesso, efetividade e qualidade das ações ofertadas na rede básica de saúde (BRASIL, 2013). O 2º ciclo deste programa se desenvolveu no Brasil entre 2013-2014, sendo composto por três fases que compreendem a adesão, certificação (compreendendo autoavaliação e avaliação externa de indicadores) e reconstrução. A fase de certificação abrange um componente de avaliação externa conduzido por instituições de ensino e pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para coleta de dados junto aos profissionais do NASF e EqSF, no intuito de coletar informações que subsidiem a certificação do desempenho alcançados pelas equipes (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013; TOMASI, 2017).

O presente estudo teve por objetivo avaliar o apoio matricial em saúde mental desenvolvido pelos NASFs a partir dos dados da avaliação externa gerados no 2º ciclo do PMAQ-AB, verificando sua associação com regiões geopolíticas do Brasil. A avaliação realizada se caracteriza como uma apreciação normativa, nos termos de Champagne, Brousselle e Contandriopoulos (2011).

MÉTODOS

Análise desenvolvida a partir das informações obtidas do banco de dados da avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ-AB, realizada entre 2013-2014, por instituições de ensino e pesquisa, que entrevistaram 1773 equipes do NASF, equivalendo a 84,38% do total de equipes implantadas no país (BRASIL, 2017). As instituições coletaram os dados utilizando equipamentos tipo tablet e posteriormente enviando as informações ao Departamento de Atenção Básica. Dadas as características do programa PMAQ-AB, a seleção de equipes para a pesquisa não é aleatória, sendo feita por adesão voluntária ao processo avaliativo.

O instrumento de coleta de dados contemplava perguntas sobre o perfil dos profissionais respondentes e dos serviços ofertados nas unidades saúde da família. O bloco relativo aos serviços constava de quatro módulos: 1) observação na Unidade Básica de Saúde; 2) entrevista com profissional de saúde e verificação de documentos; 3) entrevista com os usuários; 4) entrevista com o NASF (BRASIL, 2012b). Para este artigo foi analisado o módulo 2, no item II.33.2 (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Adequação da composição das equipes às necessidades do território) que informa quais profissionais apoiam a equipe de Estratégia Saúde da Família; e módulo 4, nos itens IV.15.2 (ações de cuidado em saúde mental) e IV.15.4 (ações de cuidado para pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas). Do conjunto desses itens foram selecionadas 14 perguntas relativas às ações ofertadas pelo NASF às equipes e aos usuários em sofrimento psíquico.

O plano de análise contemplou o reagrupamento das perguntas oriundas do banco, selecionadas segundo sua congruência com as dimensões avaliativas priorizadas no estudo (Apoio de profissional de saúde mental, Disponibilidade de insumos e infraestrutura, Qualificação da equipe, Ações clínico-assistenciais, Ações técnico-pedagógicas e Gestão do Cuidado em Saúde Mental). Neste trabalho, foram considerados profissionais de saúde mental os médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, conforme descrito na Portaria GM nº154 de 2008. A seleção e reagrupamento das variáveis relativas às ações em saúde mental tomou como base a portaria supracitada e as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010).

Ao todo, a avaliação da dimensão clínico-assistencial abrangeu 8 ações, a da dimensão técnico-pedagógicas 3 ações e a da gestão do cuidado, contemplou 3 ações. O conjunto de dimensões e subdimensões avaliadas está disposto no Quadro 1.

Todas as equipes que constavam no banco da avaliação externa foram incluídas, já que não houve perdas.

Quadro 1- Dimensões e Subdimensões Avaliadas na Organização do Apoio Matricial em Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas

Dimensões de Análise	Subdimensões/Ações (variáveis oriundas do questionário)
Ações clínico-assistenciais realizadas pelo NASF (saúde mental)	Acompanhamento individual
	Atendimento domiciliar conjunto
	Organização de grupos terapêuticos
Ações clínico-assistenciais realizadas pelo NASF (álcool e drogas)	Acompanhamento individual
	Atendimento domiciliar
	Organização de grupos terapêuticos
	Atenção humanizada
	Prevenção ao uso de substâncias psicoativas em escolas ou outros espaços do território
Ações técnico- pedagógicas realizadas pelo NASF (saúde mental)	Suporte - compartilhamento com a rede
	Suporte à equipe no manejo ou redução da dose dos psicofármacos
Ações técnico- pedagógicas realizadas pelo NASF (álcool e drogas)	Auxílio à equipe no manejo ou redução da dose dos psicofármacos
Gestão do cuidado (saúde mental)	Discussão e pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos na atenção básica
	Articulação do cuidado com a rede
Gestão do cuidado (álcool e drogas)	Articulação do cuidado com a rede

Os dados foram tabulados em planilha do programa Microsoft Office Excel 2013 e para análise de dados utilizou-se o software IBM Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 22. As ações foram investigadas individualmente e por dimensões, contabilizando-se a quantidade de ações realizadas por grupo de análise e agrupando-as em intervalos. A análise por dimensão considerou apenas as respostas que indicavam execução da ação investigada. Além da análise descritiva, realizou-se análise bivariada para avaliar a associação de cada componente selecionado com as regiões geopolíticas brasileiras. As diferenças na distribuição das características do cuidado em saúde mental para cada região do país foram verificadas com teste qui-quadrado, adotando um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da ENSP/ Fiocruz, e recebeu o parecer nº 357.974 em 15/08/2013.

RESULTADOS

início do trabalho							
Sim para todos	45,6	30,2	44,0	52,9	43,4	44,4	
Sim para alguns	17,8	19,0	18,6	12,9	17,5	32,5	
Não	36,7	50,8	37,4	34,2	39,2	23,1	
Educação permanente							<0,05
Sim para todos	51,6	21,4	46,9	62,5	66,1	45,3	
Sim para alguns	15,8	25,4	16,7	12,1	15,3	16,2	
Não	32,6	53,2	36,4	25,4	18,5	38,5	
Educação permanente - saúde mental	50,5	31,7	46,8	59,4	61,9	39,3	<0,05
Educação permanente – conflitos sociais (violência, álcool e drogas)	51,3	36,5	47,5	62,1	53,4	41,9	<0,05
N	1773	126	821	520	189	117	

Para a saúde mental em geral, 82% das equipes afirmaram realizar acompanhamento individual e atendimento domiciliar, com menores resultados na região Centro Oeste e pouca diferença entre as demais regiões. A organização de grupos terapêuticos no território foi relatada por 60,9% das equipes, com menor resultado para a região Norte (33,3%). Com relação às ações técnico-pedagógicas, destaca-se que as ações de suporte ao manejo e redução de psicofármacos foram realizadas por pouco mais de 50% dos entrevistados, sendo o menor resultado relatado pelas equipes da região Norte (34,1%) e, o maior, o das equipes da região Sudeste (63,3%). As duas ações de gestão investigadas foram executadas por mais de 70% das equipes, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, com os maiores resultados, e para a região Centro Oeste, com os menores índices nos dois itens.

Todas as ações voltadas para usuários de álcool e outras drogas obtiveram resultados inferiores a 70%. Nas ações clínico-assistenciais, mais de 60% das equipes relataram realizar atendimentos individuais, domiciliares e contribuir para a atenção humanizada, com maiores índices na região Sul, e menores no Centro Oeste. A ação menos realizada do grupo foi a organização de grupos terapêuticos (48,3%), com menor porcentagem no Norte (30,2%). A prevenção ao uso de substâncias psicoativas obteve respostas acima de 50% na maioria das regiões. No grupo de ações técnico-pedagógicas, 44,0% das equipes declararam realizar suporte ao manejo e redução de psicofármacos, com maiores resultados no Sudeste e Sul, e no grupo de gestão do cuidado, 68,2% afirmaram realizar a articulação com outros pontos da rede.

Tabela 2 – Ações de cuidado em saúde mental e álcool e drogas executadas pelo NASF por dimensão. PMAQ-AB 2º ciclo. Brasil e regiões.

Variável	Brasil	Região					p
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	
Saúde mental							
Ações clínico-assistenciais							
Acompanhamento individual	82,0	77,8	81,9	84,6	86,8	68,4	<0,05
Atendimento domiciliar conjunto	82,0	77,0	81,9	85,6	85,2	67,5	<0,05
Organização de grupos terapêuticos	60,9	33,3	55,9	74,2	70,9	50,4	<0,05
Ações técnico-pedagógicas							
Suporte - compartilhamento com rede	81,4	67,5	80,0	87,7	86,8	70,1	<0,05
Suporte ao manejo e redução de psicofármacos	51,4	34,1	45,9	63,3	59,8	41,9	<0,05
Gestão do cuidado							
Articulação do cuidado com a rede	75,2	63,5	75,5	79,4	80,4	59,0	<0,05
Discussão e pactuação de critérios e fluxos de atendimento na AB	72,8	60,3	69,3	82,3	79,9	57,3	<0,05
Álcool e outras drogas							
Ações clínico-assistenciais							
Acompanhamento individual	67,7	61,9	65,5	72,1	77,8	53,8	<0,05
Atendimento domiciliar	67,1	61,9	65,4	72,1	74,6	49,6	<0,05
Organização de grupos terapêuticos	48,3	30,2	42,8	61,3	50,8	44,4	<0,05
Atenção humanizada	65,1	47,6	62,1	73,7	75,7	49,6	<0,05
Prevenção ao uso de substâncias psicoativas	62,8	54,8	67,2	58,7	68,3	49,6	<0,05

Ações técnico-pedagógicas							
Suporte no manejo e redução de psicotrópicos	44,0	31,0	37,5	57,1	51,9	32,5	<0,05
Gestão do cuidado							
Articulação com outros pontos da rede – álcool e drogas	68,2	55,6	66,1	75,6	73,0	56,4	<0,05
N	1773	126	821	520	189	117	

A tabela 3 apresenta a análise das ações relativas ao cuidado clínico-assistencial, ações técnico-pedagógicas e ações de gestão executadas pelos NASFs em saúde mental e álcool e outras drogas, sendo que mais da metade das equipes tem seu resultado compreendido no intervalo de 6 a 8 ações executadas, com o Sul desenvolvendo mais ações (69,3%) e o Norte figurando com o menor índice (43,7%). Na dimensão técnico-pedagógica, a maioria das equipes participantes executa de uma a duas ações de gestão investigadas (44,0%), com menores resultados no Norte e Centro Oeste, 25,4% e 28,2, respectivamente. Na gestão do cuidado, 56,6% das equipes relataram realizar todas as ações investigadas, sendo o menor resultado o da região Centro Oeste, com 39,3% das equipes com resposta afirmativa para a execução de todas ações, e o maior resultado na região Sudeste, com 53,7%.

Tabela 3 – Dimensões das ações de apoio matricial em saúde mental do NASF. PMAQ-AB 2ºciclo. Brasil e regiões.

Dimensões	Brasil	Região					p-valor
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro Oeste	
Clínico-assistencial							<0,05
0-2 ações	19,5	33,3	20,6	13,1	13,8	34,2	
3-5 ações	21,8	23,0	23,8	20,6	16,9	20,5	
6-8 ações	58,7	43,7	55,7	66,3	69,3	45,3	
Técnico-pedagógicas							<0,05
0	16,0	26,2	17,3	10,6	11,6	26,5	
1-2 ações	44,0	48,4	49,6	35,8	39,2	45,3	
3 ações	40,0	25,4	33,1	53,7	49,2	28,2	
Gestão do cuidado							<0,05
0	13,3	22,2	13,2	9,2	11,1	25,6	
1-2 ações	30,1	36,5	34,6	23,5	21,7	35,0	
3 ações	56,6	41,3	52,3	67,3	67,2	39,3	
N	1773	126	821	520	189	117	

DISCUSSÃO

A partir dos dados apresentados, verificou-se que poucas das equipes de Saúde da Família participantes são assistidas por profissionais de saúde mental. Com relação à infraestrutura, a maioria das equipes do NASF entrevistadas relatou dispor dos insumos necessários ao desenvolvimento de suas atividades. No que tange à formação específica e educação permanente, a oferta destas atividades a todos os profissionais do NASF foi relatada por pouco mais da metade das equipes. O atendimento de usuários pelos profissionais do NASF, feito de maneira individual ou em conjunto com a equipe apoiada, obteve resultados acima de 80% no cuidado em saúde mental e menos de 70% no cuidado a usuários de álcool e outras drogas. A organização de atividades em grupo teve o menor índice das ações clínico-assistenciais para ambos. Da mesma forma, o item suporte ao manejo e redução de psicofármacos foi pouco expressivo na dimensão de ações técnico-pedagógicas. Para as equipes entrevistadas, os itens referentes à gestão do cuidado obtiveram resultados inferiores a 80% tanto para as questões de saúde mental, quanto para as questões relativas ao uso de álcool e outras drogas.

A oferta de formação específica no início do trabalho do NASF e de educação permanente para os profissionais foi relatada por pouco mais da metade dos entrevistados, com menores índices na região Norte. A educação permanente é uma das diretrizes da RAPS e tem o papel de estimular o processo reflexivo, propiciando o surgimento de mudanças na organização dos serviços, e qualificação das equipes, contribuindo também para a melhoria da gestão do trabalho (SEIDL et al., 2014; SILVA et al., 2017). Estudo de Sobrinho et al. (2014) com dados do 1º ciclo do PMAQ destaca a importância da educação permanente, como atividade de apoio matricial, para o alcance da certificação ótima das equipes em todas as áreas avaliadas, incluída a saúde mental.

A ausência de oferta de formação no início do trabalho pode contribuir para o desconhecimento dos profissionais acerca do papel do NASF enquanto dispositivo matriciador, diminuindo o potencial desta ferramenta de trabalho para a reorganização da atenção e fortalecimento da rede, assim como a ausência de oferta de educação permanente em temas de saúde mental pode colaborar para a não qualificação da atenção (SILVA et al., 2017) e impactar o desempenho das equipes e do cuidado ofertado.

Na dimensão clínico-assistencial, a organização de grupos terapêuticos apresentou os menores resultados, sendo pontuada por pouco mais de 60% dos entrevistados. Trabalhar com grupos na atenção primária possibilita o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, estímulo ao autocuidado e construção de vínculos, assumindo valor terapêutico (NOGUEIRA

et al., 2015). Estudos apontam a dificuldade de inserção desta atividade no rol de ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família e da falta de preparo dos profissionais para o desenvolvimento destas ações (MOLINER; LOPES, 2013; SPADINI; SOUZA, 2010).

É importante ressaltar que, no escopo das ações de saúde mental o NASF deve priorizar as abordagens coletivas, dentro e fora das unidades de saúde, apoiando a formação de grupos estruturados e desenvolvendo-os em conjunto com as equipes de Saúde da Família, sendo esta uma ação incluída no escopo de atividades de apoio matricial (BRASIL, 2010; CAMPOS, 1999). Porém, os dados aqui encontrados evidenciam que o desenvolvimento desta estratégia não compreende mais de um terço das equipes, predominando o atendimento individualizado. Tal situação pode estar associada à falta de preparo dos profissionais, como evidenciado nos estudos de Spadini e Souza (2010) e Nogueira et al (2016), e à oferta de formação para estes profissionais, que não contempla a totalidade das equipes, como evidenciado neste estudo.

Verifica-se que quase metade das equipes não realizava o suporte ao manejo e redução de psicofármacos, seja para usuários de álcool e outras drogas, seja para a saúde mental em geral, constituindo-se na atividade de menor realização entre os entrevistados. A dificuldade na realização destas ações é apontada nos estudos de Koga, Furageto e Santos (2006) em Maringá e de Teixeira et al. (2014), que evidenciaram falta de preparo dos profissionais para orientar usuários, além de dificuldade de implementação de ações de promoção de saúde neste campo. Este dado merece atenção, visto a alta prevalência de uso de psicofármacos, verificada em estudos realizados no Brasil (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015) e em outros países (MONTJABAI; OLFSON, 2009). A ela se somam problemas como elevado número de prescrições, muitas vezes inadequadas, de benzodiazepínicos e outros psicotrópicos, (DIMENSTEIN et al., 2009; NORDON et al., 2009) e à medicalização como principal prática terapêutica no tratamento dos problemas da saúde nos serviços públicos brasileiros (DIMENSTEIN et al., 2009).

Ainda que a oferta de ações de enfrentamento do crack, álcool e outras drogas seja uma prioridade apontada na RAPS, ela é um dos pontos de maior dificuldade de operacionalização da reforma psiquiátrica, sendo pouco realizada no cotidiano das unidades de saúde (MACEDO et al, 2017). Tal dificuldade também se expressa nos achados aqui analisados, já que as ações de atenção aos usuários de álcool e outras drogas apresentaram resultados inferiores a 70% em todas as dimensões investigadas.

A Política Nacional Antidrogas ressalta a importância do desenvolvimento de ações no plano local, onde se efetiva o risco (BRASIL, 2002). Além disso, o uso abusivo de substâncias costuma envolver questões de ordem social, familiares e psicológicas que devem ser abordados em profundidade, demandando qualificação adequada dos profissionais, além de integração com a rede de referência para atendimento de casos mais graves (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Ou seja, são ações complexas, delegadas às equipes de atenção básica, reconhecidas pelas autoridades sanitárias como atores que desempenham papel fundamental na prevenção ao uso de drogas, no desenvolvimento de intervenções contínuas e de base territorial e na coordenação do cuidado para este público.

Em que pese a amplitude de tais atribuições delegadas às Equipes de Saúde da Família, os resultados evidenciam baixa incorporação dessas ações na rotina das equipes entrevistadas, em particular nas regiões Norte e Centro Oeste. A região Norte destaca-se por dispor do menor número de serviços de assistência para usuários de álcool e drogas, com desigualdades na cobertura de serviços dos componentes da RAPS e dificuldades no acesso aos serviços por conta de peculiaridades logísticas (BITTENCOURT, 2017). O Centro Oeste, apesar de apresentar melhor cobertura em alguns dispositivos da RAPS, também não dispõe de todos os componentes elencados na política, com alguns municípios sem oferta de serviços para este público (SOUZA; SILVA; LIMA, 2017). Observa-se ainda que as atividades educativas e de gestão não estão incorporadas na rotina de boa parte dos entrevistados (40% para as atividades educativas e 56,6% para gestão do cuidado), principalmente quando direcionadas ao cuidado às demandas geradas pelo uso de álcool e outras drogas.

Destacam-se o desempenho das regiões Sudeste e Sul, em especial no desenvolvimento de ações técnico-pedagógicas e de gestão, e as regiões Norte e Centro-Oeste, com os menores resultados neste e em outros itens de avaliação. Diferenças entre estas regiões também foram encontradas no estudo de Costa, Colugnati e Ronzani (2015), que assinalam o maior desenvolvimento de pesquisas de avaliação de serviços em saúde mental nas Regiões Sul e Sudeste e pouca apropriação da temática nas demais regiões do país. Vale ressaltar também que as Regiões Norte e Centro Oeste possuem menos NASFs implantados (BRASIL, 2017), menor número de CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) e menor número de profissionais de saúde mental (psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais) atuando no SUS (1.491 no Norte e 2.374 no Centro Oeste, frente a 19.341 profissionais no Sudeste e 6.234 na região Sul), segundo dados obtidos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2017). Tais iniquidades na alocação das ações e

da força de trabalho podem explicar, pelo menos em parte, o pior desempenho dessas regiões no processo avaliativo.

Estudo em regionalização dos serviços de saúde mental (MACEDO et al. 2017) aponta que o Norte possui maior número de regiões com baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços em saúde mental, e o Centro Oeste possui mais regiões de saúde com médio ou alto desenvolvimento socioeconômico, porém com baixa oferta de serviços para esta demanda, sendo este um fator importante a se considerar na análise do cuidado ofertado (Macedo, opt cit.). Tais resultados surgem com nitidez similar no perfil aqui gerado, principalmente no que diz respeito à gestão do cuidado, onde observam-se os menores resultados para as referidas regiões.

A estruturação da rede psicossocial é fator determinante para a melhor gestão do cuidado, podendo-se observar sua relevância no caso da região Nordeste, que apesar de ter baixo desenvolvimento socioeconômico, apresentou maiores resultados, em comparação ao Norte, para a maioria dos itens avaliados. Tal desempenho pode estar associado ao melhor índice de cobertura de CAPS (inferior apenas à região Sul), maior número de NASFs (39,3%) e de implantação de outras estratégias que auxiliam na capilarização das atividades (grande número de equipes de estratégia de saúde da família e de agentes comunitários de saúde) de atenção básica e de saúde mental (BRASIL, 2015; MACEDO et al, 2017).

Os resultados demonstram que a grande maioria das equipes do NASF participantes informa realizar ações de cunho clínico-assistencial, seja em conjunto com as equipes de atenção básica, seja diretamente ofertada pelos membros do NASF, aos usuários e no território. Ressalta-se que os documentos norteadores enfatizam o papel do NASF como dispositivo de apoio às equipes no desenvolvimento de práticas de saúde e cogestão do cuidado, assinalando que o NASF não deve se constituir como porta de entrada, devendo o atendimento direto e individualizado realizado em casos excepcionais e mediante pactuação com equipe (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Os dados deste estudo sugerem que o desenvolvimento de ações diretas tem primazia no trabalho dos apoiadores matriciais entrevistados, em detrimento das ações de apoio educativo (40,0%) e gestão compartilhada (56,6%), permitindo inferir que a prática destes apoiadores promoveu uma inversão da lógica de seu perfil de atuação. Ou seja, os resultados indicam que os apoiadores passam da posição de corresponsáveis pelo cuidado, para assumirem reponsabilidade mais direta pelo atendimento e para atuarem como profissional de

referência para os usuários do serviço. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Sampaio et al (2013), em Campina Grande e João Pessoa, e de Hori e Nascimento (2014), em Guarulhos. Nestes locais identificou-se predominância de ações clínico-assistenciais, manutenção da lógica do encaminhamento e dificuldade na construção de espaços de diálogo para discussão de casos e desenvolvimento de ações pedagógicas. Os mesmos estudos ainda apontam para a dificuldade de definição do escopo de ações do NASF e fragilidade das normas orientadoras, com definição de atividades de acordo com a necessidade apontada pela gestão local (HORI; NASCIMENTO, 2014; SAMPAIO et al., 2013).

Existem importantes diferenças regionais no suporte e gestão do cuidado, que podem estar associadas à restrita oferta de formação e educação permanente para as equipes do NASF, bem como à carência de profissionais e de serviços de saúde mental nos diversos níveis de complexidade (BITTENCOURT, 2017; MACEDO et al., 2017). É mister assinalar que o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica é necessário tendo em vista a existência de vazios assistenciais neste campo, sendo a atenção básica o único ponto assistencial disponível em algumas regiões, conforme estudo de Macedo et al (2017). Além disso, dados de literatura que apontam a fragilidade no acesso e fragmentação do cuidado, revelam a dificuldade no manejo dos casos de saúde mental no nível primário de atenção e a redução do potencial das equipes matriciadoras na promoção do cuidado, reproduzindo a lógica do atendimento especializado (MORAIS; TANAKA, 2012). É um cenário que contribui para explicar grande parte das dificuldades evidenciadas na análise aqui empreendida.

A avaliação dos dados do PMAQ permitiu caracterizar as ações de apoio matricial desenvolvidas por grande parte dos NASFs implantados no Brasil. É possível concluir que o cuidado em saúde mental dos entrevistados está centrado, majoritariamente, no desenvolvimento de ações clínico-assistenciais, com pouco desenvolvimento de ações técnico-pedagógicas e de gestão do cuidado. Tal perfil reproduz a fragmentação do cuidado e manutenção do modelo biomédico, em detrimento da potencialização dos serviços de base comunitária para acolher as demandas de saúde mental e promover o reordenamento do modelo assistencial.

Como principais limitações do estudo aponta-se o fato da amostra não ser aleatória e sim resultante da adesão voluntária das equipes. Esta pré-condição é amenizada pelo alcance de 84,38% das equipes que atuam no país. Ainda assim, persiste um viés de seleção, já que os municípios tenderiam a fazer adesão de suas equipes com melhor desempenho, com

consequente elevação das respostas positivas (FAUSTO, 2014). Tal condição recomenda cautela na generalização dos resultados, pois, caso disponíveis, as respostas das equipes que não aderiram poderiam evidenciar resultados ainda piores.

O instrumento de coleta de dados do PMAQ também carece de precisão na formulação de alguns quesitos, como na caracterização de algumas ações ofertadas dificultando o adensamento das discussões sobre a temática. Nota-se ainda que as ações de apoio matricial em saúde mental pesquisadas no componente de avaliação externa não contemplaram perguntas que investiguem a realização de atividades como a discussão de casos, educação permanente e monitoramento e avaliação das ações. Todos esses são procedimentos incluídos nos objetivos específicos da RAPS, representando importantes medidas para o reordenamento do modelo assistencial e a tomada de decisões para exercer a coordenação do cuidado (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015). Sua ausência no instrumento de avaliação externa expressa limites no modelo avaliativo adotado pelo PMAQ-AB.

Apesar dessas limitações, a análise dos resultados da avaliação externa propiciou um amplo retrato da oferta deste tipo de cuidado na AB, identificando necessidades de fortalecimento da rede e das ações de apoio matricial para a atuação em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, Sérgio Baxter. Serviços de saúde mental no Brasil. IN: MELLO, Marcelo Feijó de MELLO, Andrea de Abreu Feijó; KOHN, Robert (orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BITTENCOURT, M.N et al. Cenário da atenção a usuários de álcool e outras drogas na região Norte do Brasil. In: ZIMERMANN, A. Uso e abuso de álcool e outras drogas à luz da saúde pública. Santo André, SP: Universidade Federal do ABC, 2017. Disponível em: < http://biblioteca.ufabc.edu.br/index.php?codigo_sophia=104034 >

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*. 2015;38(3):195–201

BRASIL. Manual instrutivo para equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. Brasília: 2013.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília (DF), 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 05/07/2017).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**: Brasil, jul. 2013 a set. 2013 Tabela. Brasília, DF: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica-DAB, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: 2010.

CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciêñ Saúde Col.**, v.4, n.22, p.393-403, 1999.

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

CHAMPAGNE, F, Hartz Z; BROUSSELLE A, CONTANDRIOPOULOS AP. A Apreciação Normativa. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. cap. 4.

COSTA, PHA; COLUGNATI, FAB; RONZANI, TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3243-3253, 2015.

DATASUS – Informações de saúde. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>>. 2017.

DIMENSTEIN, M et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc**, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

FAUSTO MCR et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB Saúde Deb. 2014 out; 38(n. especial): 13-33.

FIGUEIREDO, MD; CAMPOS,RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1): 129-138.

HORI, A.A; NASCIMENTO, A.F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3561-3571, 2014

KOGA, M; FURAGETO, ARF; SANTOS, JLF. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num programa de saúde da família. *Rev Latino-Am. Enf*. 2006; 14(2).

MACEDO, JP et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica. **Saúde Soc.**, v.26, n.1, p.155-170, 2017.

MIELKE, F.B.; OLCZOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, nov./dez. 2010.

MOJTABAI R, OILFSON M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(1):26–36. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.175.

MOLINER J; LOPES SMB. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde e Soc*. 2013 dez; 22(4): 1072-1083.

MORAIS, APP; TANAKA, OU. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde Soc**, São Paulo, v.21, n.1, p.161-170, 2012.

NOGUEIRA, A.L.G. et al. Pistas para potencializar grupos na atenção primária à saúde. **Ver. Bras. Enferm.**, v.69, n.5, p.964-971, 2016.

NORDON, D.G. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev Psiquiatr.**, v.31, n.3, p.152-158, 2009.

- SAMPAIO et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. **R brasci Saúde**, v.17, n.1, p47-54, 2013
- SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.38, n especial, p.94-108, out 2014
- SILVA, L.A.A. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev GaúchaEnferm.**, v38, n.1,mar 2017.
- SOBRINHO, D.F. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n especial, p.:83-93, out. 2014
- SOUZA, D.P.O; SILVA, K.M.M.S; LIMA, M.S. Saúde pública: uso, abuso de álcool e outras drogas no contexto da região Centro-oeste. In: ZIMERMAN, A. Uso e abuso de álcool e outras drogas à luz da saúde pública. Santo André, SP: Universidade Federal do ABC, 2017. Disponível em: < http://biblioteca.ufabc.edu.br/index.php?codigo_sophia=104034 >
- SPADINI L.S; SOUZA M.C.B.M. O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2010; 14(2): 355-360.
- TEIXEIRA, MB;et al. Avaliação das práticas de promoção de saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Deb*. 2014 out; 38(n. especial): 52-68.
- TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.3, 2017.
- WHO. **The world health report: mental health new understanding, new hope**. Washington: 2001.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo central avaliar a organização do cuidado em saúde mental na atenção básica das equipes participantes do 2º ciclo da Pesquisa de Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica. Apesar da ausência de um modelo teórico que defina como o cuidado em saúde mental deve ser operacionalizado pelas equipes do nível primário, com indicação de protocolos e parâmetros de avaliação, foi possível apresentar um panorama das ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família e apoio matricial feito pelos NASF participantes, de forma que é possível considerar que este objetivo foi alcançado.

Com relação aos objetivos secundários, foi possível atingi-los de forma conjunta em ambos os artigos, com as especificidades do apoio matricial em saúde mental descritas de maneira mais aprofundada no artigo 2. Vale ressaltar que estes objetivos foram ferramentas importantes para o alcance do objetivo geral proposto.

A oferta de cuidados em saúde mental foi, por décadas, uma iniciativa desenvolvida de modo isolado, em unidades especializadas, de modo desarticulado às práticas de saúde da atenção básica. De modo similar o espaço destinado ao “louco” também era distanciado do espaço de convívio social, encerrado em manicômios e instituições que, não apenas aprisionavam os corpos, mas também diluíam as identidades, alienando-os de si mesmos. O movimento da Reforma Psiquiátrica vem atuando no intuito de reconquistar o espaço de direito, a reinserção social, o direito à convivência comunitária e ao tratamento digno com acesso pleno aos serviços de saúde como qualquer cidadão.

O caminho percorrido desde o modelo hospitalocêntrico até a inserção do cuidado em saúde mental na comunidade feito pelas equipes de atenção básica foi e ainda é longo, porém necessário para que se supere as práticas biomédicas, exaustivamente descritas como insuficientes e inadequadas para o atendimento desta demanda. A incorporação de ações de cuidado em saúde mental na atenção primária é parte fundamental da reorientação do modelo assistencial e da ruptura com práticas asilares e segregatórias que ainda têm espaço no sistema de saúde brasileiro. Seu desenvolvimento faz parte da proposta de oferta de ações que contemplem a integralidade da atenção, cumprindo assim uma das principais missões do Sistema Único de Saúde.

Conforme a literatura aponta e os dados aqui apresentam, pode-se concluir que esta reorientação ainda não foi concretizada na maior parte das equipes, persistindo nos serviços

práticas associadas ao modelo hegemônico de cuidado em saúde mental. Dificuldades como a inexistência de protocolos clínicos, baixo desenvolvimento de ações de promoção da saúde e despreparo dos profissionais vêm sendo descritas na literatura da última década, e ainda hoje fazem parte do cenário da saúde mental no Brasil.

No que tange ao universo pesquisado, nota-se que o cuidado em saúde mental atualmente ofertado pelas Equipes de Saúde da Família é um fazer imperfeitamente apropriado pelas mesmas, se desenvolvendo com baixo nível de planejamento e programação, limitada qualificação dos profissionais e dificuldades ainda maiores quando se adentra no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Tais dificuldades podem estar associadas ao histórico distanciamento do atendimento feito a este público e as ações desenvolvidas no nível primário de atenção e à concepção de que o atendimento destas demandas pertence aos níveis especializados. Tais ideias também se associam à indefinição do escopo de ações que devem ser realizadas pelos profissionais saúde da família, agravando sua dificuldade em prover atendimento adequado. Indefinição semelhante também foi encontrada nas equipes do NASF, que confundiam o papel de matriciadores dos casos com o de profissional de referência, priorizando a oferta direta do cuidado e assumindo a responsabilidade na condução dos atendimentos, convertendo-se, informalmente, em um serviço de atendimento especializado que reproduz a lógica biomédica do cuidado, em detrimento de suas atribuições formativas e de apoio matricial ao trabalho desenvolvido pelas equipes. Neste cenário, ainda que – à primeira vista – pareça haver uma descentralização do cuidado em saúde mental, este permanece, em grande medida, limitado à atuação de especialistas que passam a assumir sua realização nas unidades de saúde da família.

Outro ponto de dificuldade encontrado no estudo de ambas as equipes relacionou-se aos processos de qualificação dos profissionais, que deveria englobar ações de educação permanente e formação específica para os profissionais dos NASFs, sendo que este ponto foi apontado como um dos entraves ao desenvolvimento do cuidado. Para a efetiva inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica, é importante haver investimento tanto em ações de qualificação dos profissionais da rede quanto na inserção deste item nos currículos de formação dos profissionais da saúde, além do incentivo à participação dos profissionais já atuantes em cursos de qualificação.

A existência de diferenças regionais na organização e oferta do cuidado em saúde mental, observadas neste estudo, demanda maior aprofundamento que permita elucidar os principais aspectos que influenciam na melhoria da organização e oferta do cuidado,

principalmente nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. É possível observar que, de maneira geral, estas regiões apresentam os maiores resultados, seguidas da região Nordeste; e também que o Norte e Centro Oeste do país revezam-se com os menores percentuais. Reconhece-se a existência de diferenças populacionais e socioeconômicas entre as regiões, assim como na distribuição dos serviços e no caráter diferenciado da região Norte, face as demais. Estes pontos, no entanto, necessitam ser melhor explorados para que seja possível compreender os fatores condicionantes deste cenário, e mais diretamente ligados ao ordenamento dos serviços no interior do SUS, e propor alternativas para melhoria do cuidado.

De modo geral, nota-se a existência de um desordenamento das ações, com indefinição de papéis e responsabilidades e não apropriação da saúde mental enquanto campo de atuação da atenção básica. Faz-se necessário o desenvolvimento de protocolos de atuação que direcionem o trabalho das equipes e de indicadores que permitam acompanhar a produção do cuidado e avaliar os resultados alcançados. Ressalta-se que o desenvolvimento de tais ações não se propõe a engessar e mecanizar o cuidado e sim a oferecer orientações para atuação dos profissionais, principalmente no nível primário de atenção, onde foi possível observar a falta de preparo dos mesmos.

Apesar da existência de limitações com relação ao instrumento de coleta de dados, muitas delas relacionadas à imprecisão das variáveis de investigação, foi possível obter um panorama das ações desenvolvidas por grande parte das equipes do Brasil, e das dificuldades enfrentadas na oferta deste cuidado. Neste cenário, a avaliação, mais que um instrumento de normatização e julgamento, tem papel transformador no campo da saúde mental, permitindo refletir sobre a prática e reorientar o cuidado.

É importante fomentar o debate sobre a inserção de ações em saúde mental no nível primário de atenção, incluindo profissionais, gestores e instituições formadoras, no intuito de avançar no processo de consolidação do modelo psicossocial e construir estratégias para superar as dificuldades que perpassam tanto o nível operacional quanto a formação acadêmica dos profissionais.

Apesar da magnitude dos dados aqui apresentados, é importante ressaltar que eles não refletem totalmente o conceito de cuidado em saúde mental na atenção primária, visto que este estudo não teve a pretensão de qualificar o trabalho desenvolvido pelas equipes. Destaca-se a importância do desenvolvimento de pesquisas que possam qualificar a atuação das equipes e de reflexões teóricas que permitam definir melhor o escopo das ações ofertadas e

estabelecer os componentes essenciais do cuidado em saúde mental no nível primário de atenção, de forma a direcionar novas avaliações sobre o tema e agregar valor nas discussões sobre a melhoria destes fazeres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n. 58, p.35-47, maio/ago, 2001.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. *In*: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

ALVES, M. G. M. et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 34-51, out. 2014. Edição especial.

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. *IN*: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, 207p.

ARANTES, L.J; SHIMIZU, H.E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Col**, v.21, n.5, p.1499-1510, 2016

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 541-560, 2011.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v.8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BITTENCOURT, M.N et al. Cenário da atenção a usuários de álcool e outras drogas na região Norte do Brasil. *In*: ZIMERMANN, A. Uso e abuso de álcool e outras drogas à luz da saúde pública. Santo André, SP: Universidade Federal do ABC, 2017. Disponível em: < http://biblioteca.ufabc.edu.br/index.php?codigo_sophia=104034 >

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.5, p.195-201, 2015.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm Acesso em: 28 de fevereiro de 2016.

_____. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília: 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e**

Saúde Bucal: Brasil, jul. 2013 a set. 2013 Tabela. Brasília, DF: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica-DAB, 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: Brasil, jan. 2013 a dez. 2014.** Tabela. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab./historico%20cobertura%20sf/historico%20cobertura%20sf%20relatorio.php>

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas.** Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília (DF), 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1645,** de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12,** ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 05/07/2017).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: 2012a.

_____. **Portaria GM nº154 de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: 2008.

_____. **Portaria SNAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992.** Brasília, 1992.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: 2012b.

_____. **Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** 2001a. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_842_oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf>Acessoem: 15/02/2016

_____. **Resolução 439,** do Conselho Nacional de Saúde de 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_11.htm>. Brasília: 2011b. Acesso em: 02/07/2016

_____. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Brasília: 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF.** Brasília: 2010.

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

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciêns Saúde Col.**, v.4, n.2,p.393-403, 1999.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011.

CARVALHO, M. C. A. Saúde mental na atenção básica. *In:* JORGE, M. A. S. (Org.). **Políticas e cuidado em saúde mental.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p.59-74.

CASOTTI, E. et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 140-157, out. 2014. Edição especial.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

CHAMPAGNE F, et al. A Apreciação Normativa. *In:* Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. cap. 4.

CONILL, E.M.; FAUSTO, M. C. R. **Análisis de la integración de la atención primaria en la salud en la red de servicios en Europa y América Latina.** 2009. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/UserFiles/File/biblioteca/ArtigoEleonor.pdf>> Acesso em: 19 de março de 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In:*HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSTA, P.H.A; COLUGNATI, F.A.B; RONZANI, T.M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3243-3253, 2015.

DATASUS – Informações de saúde. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>>. 2017.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 17 de abril de 2016.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS E PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1483-1492, set./out. 2009. Suplemento.

DIMENSTEIN, M et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc**, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In:* GIOVANELLA, Ligia et al (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 323-364.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 13-33, out. 2014. Edição especial.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

GARNELO, L. et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 158-172, out. 2014. Edição especial.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

KOGA, M; FURAGETO, A.R.F, SANTOS, J.L.F. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num programa de saúde da família. **Rev Latino-Am. Enf.** ,v.14, n.2,2006.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. *In:* PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 91-102.

MACEDO, J.P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica. **Saúde Soc.**, v.26, n.1, p.155-170, 2017.

MACINKO, J.; MATTHEW, J.H; ROCHA, M.G. Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Brazil's National Program for Primary Care. **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. S4–S11 , 2017. Supplement.

MALACARNE, M.P. et al. Avaliação de serviços de saúde no campo da Saúde Coletiva: uma sistematização em curso, **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.18, n.1, p.62-67, jan-mar, 2016

MARAGNO, L et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Públ.** v.22, n.8, p.1639-1648, ago 2006.

MEDINA, M.G et al. Promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? **Saúde Deb**, v.38, p.69-82, out 2014. Edição especial.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História Ciências Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014 .

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n . 6, p. 900-907, nov./dez. 2010.

MINAYO, M.C.S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas. In: MINAYO, M.C.S.ouza (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 53-70.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na atenção primária à saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n 4, p. 1340-1349, out./dez. 2015.

MOJTABAI R, OILFSON M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. **Arch Gen Psychiatry.**, v.67, n.1, p.26-36, 2010.

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

MORAIS, A.P.P; TANAKA, O.U. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde Soc**, São Paulo, v.21, n.1, p.161-170, 2012.

MOREIRA, J.K.P et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.60, n.3, p.221-226, 2011.

NOGUEIRA, A.L.G et al. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.69, n.5,p.964-971, out 2016.

NORDON, D.G. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **RevPsiquatr.**, v.31, n.3, p.152-158, 2009.

NUNES, M; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas

psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, A. G. B.; ATAÍDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos juntos às equipes de saúde da família. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 618-624, dez. 2004.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

PINTO, H.A; SOUSA, A.N.N.; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, v.38, p.358, 372, out 2014. Edição especial.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B.. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012.

SAMPAIO, J. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. **R Bras Ci. Saúde**, v.17, n.1, p47-54, 2013

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, M. A. S. (Org.). **Políticas e cuidado em saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 41-58.

SCHOENBAUM, M. The effects of primary care depression treatment on patient's clinical status and employment. **Health Serv Res.**, v.37, n.5, p.1145-1158, oct 2002.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.38, p.94-108, out 2014. Edição especial.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan. 1994.

SILVA, L.A.A. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev GaúchaEnferm.**, v38, n.1, mar 2017.

SILVA, L. M. V.. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde In: MINAYO, M. C.S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 15-39.

SILVA, P.L.B.; COSTA, N.R. **A avaliação de programas públicos: reflexões sobre a experiência brasileira**. Brasília: Ipea, 2002

SOBRINHO, D. F. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 83-93, out. 2014. Edição especial.

SOUZA M.L.P. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da atenção básica do Brasil, 2014. **Epidemiol Serv Saúde.**, v.25, n.2, p.405-410, 2016.

SOUZA, D.P.O; SILVA, K.M.M.S; LIMA, M.S. Saúde pública: uso, abuso de álcool e outras drogas no contexto da região Centro-oeste. In: ZIMERMAN, A. Uso e abuso de álcool e outras drogas à luz da saúde pública. Santo André, SP: Universidade Federal do ABC, 2017. Disponível em: < http://biblioteca.ufabc.edu.br/index.php?codigo_sophia=104034 >

SOUZA, R.C; SCATENA, M.C.M. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no programa de saúde da família. **Rev Baiana de Saúde Pública.**, v.31, n.1, p.147-160, 2007.

SPADINI, LS, SOUZA, MCBM. O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.2, p.355-360, 2010.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para aplicação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, mar./abr. 2009.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 52-68, out. 2014. Edição especial.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.3, 2017.

TRABUCO, K. E. O.; SANTOS, D. S. Da reforma sanitária a reforma psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. **VII Jornada Internacional Políticas Públicas**. UFMA, 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/da-reforma-sanitaria-a-reforma-psiquiatrica-os-movimentos-sociais-e-a-conquista-de-direitos.pdf>> Acesso em: 28 de fevereiro de 2016.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.**, v.13, n.4, p.593-598, 2004.

WHO. **Mental Health Gap Programme**: scaling up care for mental, neurological and substance disorders. Washington: 2008.

_____. **The world health report**: mental health new understanding, new hope. Washington: 2001.

_____. **WONCA. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**: uma perspectiva global. Washington: 2009.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.