



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Secretaria de Estado de Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE)

RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA

A PERCEPÇÃO E A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A SAÚDE MENTAL

Autor (a): Rafaela Miranda Proto Pereira
Orientador (a): Prof.(a). Dr(a). Prof.^a Dr^a.
Maria de Fátima de Novais Gondim

**Brasília – DF
2019**

A PERCEPÇÃO E A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica em Saúde.

Autor (a): Rafaela Miranda Proto Pereira
Orientador (a): Prof.(a). Dr(a). Prof.^a Dr^a.
Maria de Fátima de Novais Gondim



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
PROSAUDE/ESCS

TERMO DE APROVAÇÃO

Rafaela Miranda Proto Pereira

“A Percepção e a prática dos Profissionais da Atenção Básica sobre a Saúde Mental.”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família (PROFSAUDE), pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 29/04/2019

MF Gondim

Prof.(a). Dr.(a). Maria de Fatima Gondim
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
Orientador (a)

Ana Maria Costa

Prof.(a). Dr.(a). Ana Maria Costa
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família .
Examinador (a) Interno

Maria Aparecida Gussi

Prof.(a). Dr.(a). Maria Aparecida Gussi
UNB
Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Roberto Jose Bittencourt

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Saúde da Família
Suplente

Brasília, 29/04/2019

Dedico este trabalho a todos os pacientes que já
tive o privilégio de atender

AGRADECIMENTOS

Inicio os meus agradecimentos por DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta!

Aos meus pais, que por todos esses anos tem sido amparo e suporte em todas as horas com amor incondicional. Além de todo o amor, cuidado e sustento que me fizeram chegar até aqui. Posso me reconhecer como privilegiada por tudo isso.

A meu esposo, Paulo por ser tão importante na minha vida. Sempre a meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado.

Ao meu irmão Tarcísio, que mesmo não estando mais entre nós ainda permanece dentro de mim através do amor. Por de tudo o que ele enfrentou neste mundo, sinto sua força comigo me impulsionando para a luta de um mundo melhor e com mais saúde mental.

A todos os Profissionais da Atenção Básica de Itumbiara, no interior de Goiás, que aceitaram participar desta pesquisa, respondendo as entrevistas e os questionários de maneira voluntária e gratuita. Em especial as enfermeiras coordenadoras das unidades que me auxiliaram nesta coleta, minha gratidão!

A minha orientadora Dra. Fátima, que esteve comigo desde o início do curso, sendo tão gentilmente atenciosa e solícita em todos os momentos. Além de dispor de vasto conhecimento. Sem ela nada disso seria possível. Perdão por incomodar seus Domingos.

Gostaria de Agradecer a Escola Superior de Ciências da Saúde, por abrigar nosso mestrado PROFSAUDE, projeto valoroso para a saúde da família e com consequente impacto positivo em diversos estados do nosso país.

Ao meu co-orientador Prof. Dr. Fábio Amorim, que sempre muito acessível e amigoso, me auxiliou nesta caminhada, proporcionando este trabalho estatístico sensacional.

Aos meus colegas do mestrado, pelos momentos vividos, de aprendizado e transformações com metodologias ativas. Especialmente a Fernanda e Wilses. Quero leva-las por toda a vida.

A meus amigos incríveis que não me deixaram sozinha nestes momentos de escrita, Rogério e Mauri, que sempre forneceram e auxiliaram com seu grande capital intelectual como suporte para que eu pudesse hoje apresentar este trabalho.

Ainda a meus amigos Luzenildo e Lara, que sem eles não haveria coleta de dados. Vocês fizeram toda a diferença, minha gratidão! A minha amiga Grazi que sempre me motiva a crescer. Aos meus amigos Doni e Lygiane, que sempre proporcionam trocas de ideias incríveis. A minha amiga Luciele que se dispôs a me auxiliar no que fosse preciso para a execução deste trabalho.

Agradeço o Suporte que a Dra. Ana Cristina me forneceu em um momento de desalento com o Software, sem suas dicas eu não teria conseguido.

Agradeço também a todos da minha Banca de qualificação, Profa. Dra. Gussi, e Prof. Dr. Roberto, cada palavra dita e cada observação foi de fundamental importância para o que este projeto se tornou.

Agradeço ainda a todos os professores do PROFSAUDE que gentilmente cederam seu tempo para que este projeto se concretizasse. Todas as discussões que tivemos nas apresentações dos projetos e todas as aulas. Posso afirmar com toda a certeza que mudaram a minha vida e muitas das minhas visões de mundo. Espero que a semente que vocês plantaram possa se transformar numa floresta a partir da reprodutividade do que vivemos em nossa prática diária.

Em tempo ainda gostaria de agradecer meus colegas de trabalho que compreenderam minha ausência nos momentos que me foram destinados à escrita e elaboração deste trabalho. Em especial minha superiora, coordenadora da Atenção Básica de Itumbiara que com muita humanidade me possibilitou tempo disponível para esta execução. Também minha superiora imediata e amiga, Raphaela que me compreendeu e apoiou neste momento peculiar.

Proporcionaram-me mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma LIÇÃO DE VIDA. Ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS!

*“É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio,
exclusão, limitação” (Paulo Amarante)*

RESUMO

A saúde mental traz em seu cerne, inúmeros estigmas e preconceitos que podem gerar diversas barreiras de acesso aos pacientes que necessitam do atendimento resolutivo na Atenção Básica. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como proposta a atenção integral a pessoas de sua comunidade, sendo um de seus pressupostos o trabalho em rede e a intersetorialidade. Quanto à assistência a saúde mental, a elucidação dos entraves na assistência se faz fundamental para a melhoria dos serviços e acesso dos pacientes ao tratamento que englobam seu contexto de sofrimento, não apenas seu diagnóstico. Desse modo, a presente pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção e a realidade prática na atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à Saúde Mental no município de Itumbiara (GO). Trata-se estudo transversal do tipo inquérito de caráter quantitativo e qualitativo realizado em profissionais das 20 equipes de ESF do município de Itumbiara (GO) no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019. O questionário foi constituído por 20 questões em escala do tipo Likert e 5 questões abertas a partir de um roteiro semiestruturado. As questões em escala do tipo Likert foram avaliadas de acordo com a frequência e distribuição de proporções, sendo também utilizado o escore transformado para uma escala de zero a 100, zero relacionado à pior avaliação e 100 à melhor avaliação. As questões abertas foram avaliadas por meio da análise de conteúdo de Bardin com uso do software IRAMUTEQ. Entre os 174 profissionais entrevistados, 23,0% dos profissionais concordaram ou concordaram totalmente que se sentiam capacitados para trabalhar com Saúde mental na ESF (n=40), 37,9% que sua equipe recebia apoio matricial em saúde mental (n=82) e 37,5% que sua equipe conseguia organizar os atendimentos de acordo com a demanda singular de cada paciente (n=64). Em relação a sentir dificuldade para fornecer atendimento aos pacientes em Saúde, apenas 29,1% discordaram ou discordaram totalmente (n=48). A média do escore transformado de todas as questões foi de $52,0 \pm 13,7$. O conteúdo analisado das questões abertas pôde ser categorizado em quatro classes de acordo com as porcentagens de temas, sendo as palavras que apresentam maior destaque: gente, saúde, mental, dificuldade, paciente e saber. Pode-se perceber pelas falas, que o contato com os pacientes e familiares tem sido um importante agravante no processo de relacionamento entre a ESF e o sujeito a que se destina o cuidado, expressando a dificuldade dos profissionais não se sentirem capacitados a lidar com essa demanda. Pode-se inferir ainda que os funcionários da saúde da família se percebem carentes de apoio matricial a ser realizado pela unidade de referência em saúde mental do município, percebendo que sua atuação na ESF se encontra limitada. Mesmo apresentando dificuldades em sua atuação, os profissionais conseguem perceber sua importância na realidade dos sujeitos com quem se relacionam e reconhecem a necessidade de mais preparo, mais conhecimentos e novas capacitações. Desse modo, puderam-se perceber os diferentes graus de dificuldade tanto na percepção quanto na prática dos trabalhadores, o que permitiu comparação com a análise sociológica de Giddens, evidenciando que a rotina não é criada pelo indivíduo, porém reproduzida por ele. Sua criticidade pode determinar que a estrutura permaneça ou possa haver a possibilidade de mudança.

Palavras Chave: Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Mental health brings at its heart, innumerable stigmas and prejudices that can generate diverse barriers of access to the patients that need the resolute attendance in the Basic Attention. The Family Health Strategy (ESF) proposes comprehensive care to people in its community, one of its assumptions being networking and intersectoriality. Regarding mental health care, the elucidation of the barriers to care is essential for the improvement of the services and access of patients to the treatment that encompasses their context of suffering, not just their diagnosis. Thus, the present research had as objective to know the perception and the practical reality in the action of the professionals of Basic Attention in the attention to Mental Health in the municipality of Itumbiara (GO). This is a cross-sectional study of the type of quantitative and qualitative survey carried out on professionals from the 20 ESF teams from the municipality of Itumbiara (GO) from September 2018 to January 2019. The questionnaire consisted of 20 questions on a scale of type Likert and 5 questions opened from a semi-structured roadmap. Likert scale questions were evaluated according to the frequency and distribution of proportions, and the score was transformed to a scale from zero to 100, zero related to the worst evaluation, and 100 to the best evaluation. The open questions were evaluated through the Bardin content analysis using the IRAMUTEQ software. Among the 174 professionals interviewed, 23.0% of the professionals agreed or fully agreed that they felt able to work with mental health in the FHT (n = 40), 37.9% that their team received mental health support (n = 82) and 37.5% that their team was able to organize care according to the unique demand of each patient (n = 64). Regarding difficulty in providing care to patients in Health, only 29.1% disagreed or totally disagreed (n = 48). The mean of the transformed score of all questions was 52.0 ± 13.7 . The analyzed content of the open questions could be categorized into four classes according to the percentages of themes, being the words that present the most outstanding: people, health, mental, difficulty, patient and knowledge. It can be noticed from the speeches that the contact with patients and family members has been an important aggravating factor in the relationship between the FHT and the subject to which the care is intended, expressing the difficulty of the professionals not to feel able to deal with this demand. It can also be inferred that family health workers perceive themselves lacking matrix support to be carried out by the mental health reference unit of the municipality, realizing that their performance in the FHS is limited. Even though they present difficulties in their work, professionals are able to perceive their importance in the reality of the subjects with whom they relate and recognize the need for more preparation, more knowledge and new skills. In this way, it was possible to perceive the different degrees of difficulty both in the perception and in the practice of the workers, which allowed comparison with the sociological analysis of Giddens, evidencing that the routine is not created by the individual, but reproduced by him. Its criticality may determine that the structure remains or there may be a possibility of change.

Keywords: Mental Health, Primary Health Care, Health Integrality.

Keywords: Mental Health, Primary Health Care, Health Integrality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
AMI	Assistência ao Menor de Itumbiara
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIS	Centro de Atendimento Integral a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEOS	Centros de Convivência
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIES	Comissão de Integração de Ensino e Serviço
CISME	Centro Integrado de Saúde Mental
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CRAI	Centro de Recuperação do Adolescente Infrator
CRAS	Centro de Referência em assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência social
DP	Desvio Padrão
DR(A)	Doutor(a)
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FJP	Fundação João Pinheiro
GO	Goiás
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MS	Ministério da Saúde
NABS	Núcleo de apoio Atenção Básica
NAPCI	Núcleo de Apoio ao portador de Câncer de Itumbiara
NAPEO	Núcleo de atendimento ao paciente especial em Odontologia
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROF.	Professor
PROFSAUDE	Curso de Mestrado profissional em Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-DF	Secretaria do Estado da Saúde Distrito Federal
SRT	Serviços Residenciais terapêuticos
ST	Segmentos de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

Agradecimentos	5
Epígrafe	7
Resumo	8
Abstract	9
Siglas e Abreviaturas	10
1. Apresentação	13
2. Introdução	15
3. Justificativa	22
4. Referencial Teórico	24
5. Objetivos	32
5.1. Objetivo geral	32
5.2. Objetivos específicos	32
6. Métodos	33
6.1. Métodos de Análise das questões em escala do tipo Likert	34
6.2. Métodos de Análise das questões abertas do roteiro semiestruturado para entrevista	35
7. Resultados	38
7.1. Análise das questões em escala do tipo Likert	38
7.2. Análise das questões abertas do roteiro semiestruturado para entrevista	63
7.2.1. Classe 1	66
7.2.2. Classe 2	69
7.2.3. Classe 3	73
7.2.4. Classe 4	76
8. Discussão	83
9. Conclusão	88
Referencias Bibliográfica	90
Anexos	95

1. Apresentação

Este trabalho surge enquanto inquietações da prática do exercício profissional. Após formação inicial, iniciei minha atividade profissional na Estratégia de Saúde da família. Não demorou muito para que minha atenção fosse voltada para uma demanda importante e crescente na Unidade Básica de Saúde – A Saúde Mental.

Com o passar do tempo fui à busca de conhecimento sobre o tema, surgindo o interesse pela pós-graduação em Psiquiatria no município de Goiânia. Durante o curso, tive a oportunidade de trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial de um Município, localizado na região Sul do estado de Goiás, chamado de Bom Jesus de Goiás. No transcorrer dos dias, consegui adaptação de carga horária e pude continuar trabalhando nos dois serviços de forma coexistente.

Assim, pude perceber nuances na realidade no dia a dia da Unidade Básica de Saúde e da Atenção Psicossocial. Enquanto médica no CAPS, ofereço o olhar integral da medicina de família tentando perceber a realidade a qual cada indivíduo se insere, buscando cada vez menos tratar problemas não médicos como de causa médica, podendo evitar quadros de medicalização da vida. Percebi que a atividade psicossocial por vezes não dialoga com a Atenção Básica e suas riquíssimas informações disponibilizadas pelas equipes. Os pacientes por vezes são acolhidos e não há transição ou comunicação entre o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e a Estratégia de Saúde da Família - ESF. Muitas vezes os pacientes se tornam “encapsulados”, neologismo que define quando os pacientes se constituem dependentes do serviço sem cumprir o objetivo de serem inseridos na comunidade e exercerem sua cidadania.

Voltando o olhar enquanto Médica de família presente na Estratégia, percebi que por várias vezes os pacientes não credibilizam o saber do médico na estratégia, optando por solicitar apenas o encaminhamento para o especialista, desconstruindo a lógica da atenção Primária a saúde. Em demais situações, onde o paciente é referenciado, não há retorno de documento de contra referência que situe o médico de família como foi na consulta especializada e quais aspectos estar em alerta, prejudicando a atuação do médico na atenção Básica para o seguimento do quadro de saúde do paciente. A Estratégia também não dialoga com o CAPS, de forma que

muitas informações preciosas que poderiam ser relevantes para o tratamento do indivíduo se perdem na falha da comunicação e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.

Outro ponto de surpresa e preocupação é o fato de que muitos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família apresentem receio ao lidar com pacientes em sofrimento mental, salvo quando esta demanda não o é percebida, dificultando ainda mais o acesso e a terapêutica deste paciente pela Rede de Atenção. Não apenas profissionais graduados, mas de todos os níveis.

A Educação permanente tem feito seu papel, porém os passos são lentos frente a uma realidade histórica construída pautada na exclusão e no preconceito. Percebemos aí a importância dessa construção contínua como forma de romper paradigmas e trazer modificação na realidade.

O sofrimento dos pacientes que trazem demandas de saúde mental tende a ser ampliado, uma vez que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) não tem vigorado. Os serviços de saúde não conversam entre si e não aproveitam o melhor que cada um pode oferecer. Não há usufruto da intersetorialidade e muitas das vezes os pacientes não são assistidos como deveriam por motivos além da própria percepção dos profissionais.

Por fim, o entendimento e a compreensão das lacunas na assistência a saúde mental, especialmente na atenção básica, podem propiciar o desenvolvimento destas questões. Entender a prática e as percepções que os profissionais têm em sua atuação na rede básica de saúde pode trazer a luz quais as potencialidades de mudanças para a ampliação deste cuidado.

2. Introdução

A atenção Básica trouxe ao país uma nova perspectiva de saúde pública para a concretização desse direito universal, sendo necessário ao profissional e a equipe ali atuante uma enorme gama de conhecimentos e habilidades para garantir a atenção integral à saúde de sua população adstrita. (1)

Os modelos de atenção primária no mundo foram difundidos através da construção coletiva de vários países em vários referenciais propostos desde a década de 70 com o objetivo de ampliar a promoção de saúde a todos os povos. (2)

No Brasil, foi adotado o modelo de Programa de Saúde da Família, hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como um de seus objetivos, o fornecimento de atenção integral com impacto real na situação de saúde da população. Para isto, utiliza de tecnologias leves, levando em conta critérios de riscos e vulnerabilidades presentes em determinada comunidade, acolhendo necessidades de saúde ou sofrimento. Orienta-se com alguns princípios, como a continuidade do cuidado, universalidade, integralidade, formação da vinculação, humanização, responsabilização e equidade. (3)

O movimento de ampliação da saúde que ocorria no Brasil nos anos 70 ficou conhecido como Reforma Sanitária. Ela se deu por um processo de mobilização social pela redemocratização, onde havia a expressão da indignação frente às desigualdades e dos interesses mercantis sobre a saúde. A reforma teve como marco a Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 e expressou seu maior resultado na Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde tornando universal o direito à saúde. (4)

A mudança na assistência à saúde mental ocorreu de forma fronteira, a Reforma Sanitária e ficou conhecida como a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ela traz o início do que seria a permutação do modelo hospitalocêntrico hegemônico na época, pelo modelo psiquiátrico comunitário, fundamentado nos serviços descentralizados e multiprofissionais preconizando que o cuidado deve ser prioritariamente fora do hospital. Portanto a Estratégia de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial são importantes dispositivos e de valor estratégico para a efetivação dessa mudança, pois fornecem atendimento próximo as residências dos usuários. Trazendo também um olhar ampliado sobre a saúde,

desenvolvendo um modelo mais humanizado que exalta os direitos do cidadão em sofrimento mental. (5)

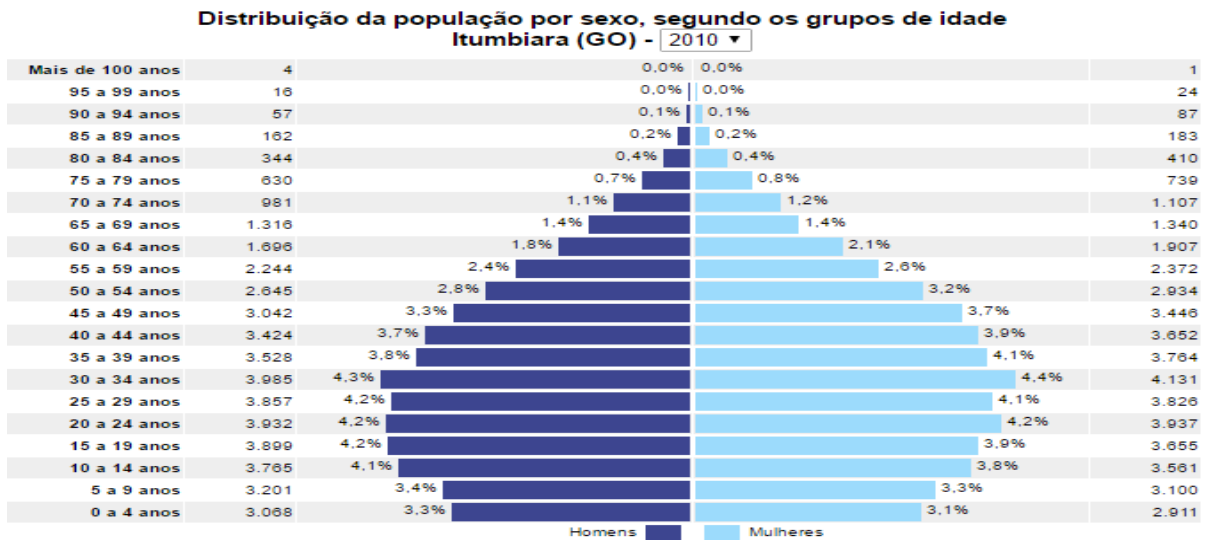
O novo modelo reforça as possibilidades do território e considera a corresponsabilidade dos diferentes atores na prática assistencial. Todo o percurso dos usuários passa a ser protagonizado pelos profissionais que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na Atenção Primária e nos CAPS. (6)

O país ainda em fase de transição está na construção e consolidação de formas de substituição ao modelo asilar, formando uma rede de cuidados dentro da própria comunidade. A ESF, por trabalhar de forma descentralizada e desinstitucionalizante é vista como uma alternativa adequada para a atuação na saúde mental. As equipes são engajadas no cotidiano comunitário, o que facilita a vinculação e a proposta de alternativas terapêuticas que não a internação. (7)

O município de Itumbiara se localiza na mesorregião do Sul de Goiás, na região do rio Meia Ponte. A rede de atenção à saúde (RAS) da cidade conta com 17 Unidades Básicas de Saúde da Família, 01 Cais (Centro de Atendimento Integral a Saúde). Possui três hospitais (dois privados e um municipal), 01 CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial), 01 NABS (Núcleo de apoio Atenção Básica), 02 NASFs (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), Conselho Municipal de Saúde, Conselho do Idoso, Conselho da Criança e do Adolescente, 02 CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), 01 CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social), Conselho Tutelar, Vigilância Sanitária, um serviço de acolhimento noturno chamado Casa do Caminho, AMI (Assistência ao menor de Itumbiara), Central de Regulação de Itumbiara, CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), CRAI (Centro de Recuperação do Adolescente Infrator), Corpo de Bombeiros, Lar Vicentino, NAPCI (Núcleo de Apoio ao portador de Câncer de Itumbiara), Núcleo Municipal de Controle de Endemias, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), 01 UPA 24h (Unidade de Pronto Atendimento), Secretaria Municipal de Saúde, CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e NAPEO (Núcleo de atendimento ao paciente especial em Odontologia), Além da Unidade de Saúde no Meia Ponte. (FONTE – CNES)

A população segundo o CENSO de 2010 estava em torno de 93.883 habitantes, com distribuição quase semelhante entre homens e mulheres. Abaixo a pirâmide etária e distribuição por sexos:

Figura 1. Distribuição da população por sexo e grupos de idade em 2010. Itumbiara-GO.



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP)

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o município apresenta taxas altas de vulnerabilidades e especialmente os índices de mortalidade infantil.

Tabela 1. Vulnerabilidade social nos anos de 1991, 2000 e 2010. Itumbiara, GO.

	1991	2000	2010
Crianças e Jovens			
Mortalidade infantil	22,68	19,00	13,46
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	77,44	57,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	14,30	2,88	2,14
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	12,87	4,83
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	2,44	2,82	3,35
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	10,26	8,10
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	9,75	10,54	10,08
% de vulneráveis e dependentes de idosos	2,21	2,03	1,72
% de crianças extremamente pobres	8,70	4,50	1,72
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	54,17	40,37	16,37
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	47,14	32,56
Condição de Moradia			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	77,02	91,55	94,78

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP)

Nesse contexto de grandes vulnerabilidades, o município possui uma extensa Rede de Atenção à Saúde. Ao final da década de 90 através da iniciativa de uma família de médicos da região, foi criada uma instituição filantrópica chamada de CISME – Centro Integrado de Saúde Mental. O serviço funcionava em local afastado do centro da cidade, conforme a cultura do município bem admitia.

Lá eram ofertados atendimentos médico, odontológico, psicológico e de hospitalização diária para pacientes portadores de transtornos mentais e dependentes químicos. Além disso, alguns anos mais tarde segundo a necessidade da demanda foi criado um serviço para acolhimento noturno chamado “Casa do Caminho”, onde os pacientes que estivessem sem condições de moradia ou em situações de vulnerabilidades social poderiam passar por ali algum tempo até retornar a sociedade ou fosse direcionado a internação para tratamento médico.

Nesse contexto, foram disponibilizados no Hospital Municipal Modesto de Carvalho, leitos para hospitalização de pacientes psiquiátricos, que até hoje funcionam com grades e em ala separada, distante dos demais pacientes internados.

Conforme a Política Nacional de Saúde Mental foi se consolidando no âmbito do SUS, a Gestão Municipal compreendeu que seria prudente aderir ao plano nacional e adaptou a transformação do CISME no CAPS do Município.

Em 2001 o serviço então passaria a funcionar com a prática psicossocial. Porém, conforme os trabalhadores já estavam adaptados à prática laborativa de Hospital Dia, da mesma forma permaneceu. Vieram do Estado de Goiás e do próprio município auditorias para reorganização do serviço, quando então houve a cisão do que seria o CAPS e o Ambulatório de Psiquiatria, porém ambos ainda funcionam no mesmo espaço físico, atendendo a demanda com a mesma equipe.

A Estratégia de Saúde da Família vem timidamente tomando seu espaço na Construção da Rede de Atenção à Saúde no Município de Itumbiara. Até 2017, havia apenas 14 Unidades Básicas de Saúde, quando a cidade poderia comportar cerca de 35 UBS. O trabalho da gestão atual tem sido de aumentar a cobertura da cidade pela ESF que até então era apenas de 49%. Os habitantes que não eram contemplados com a Estratégia se dirigiam até o CAIS – Centro de Atendimento Integral a Saúde, que funciona como uma policlínica onde atendem diversas especialidades médicas, além de serviços de psicologia, fisioterapia e nutrição.

Atualmente o número de unidades já subiu para 20 e o município tem passado por um processo de remapeamento com redivisão das áreas para ampliação do acesso.

O município possui uma cultura altamente médico-centrada, e especialmente devido à falta de cobertura de ESF, a população acabou por se acostumar com o cuidado médico especializado, o que traz consequências sérias ao contexto da Atenção Básica.

A partir dessa conjuntura, o cuidado em Saúde Mental de forma habitual sempre foi referenciado ao serviço então existente – o CISME. Os serviços foram funcionando de forma isolada, sem a prática do andamento de uma Rede, que pode ser definida como:

“São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”
(BRASIL, 2010)(8)

Como características, uma rede é pautada nas relações horizontalizadas entre seus pontos de atenção, sempre focada nas necessidades de saúde da população, a integralidade, multidisciplinaridade e corresponsabilização como prática, sempre tendo a Atenção Primária como cerne dessa comunicação. (9)

A Atenção Básica no município tem caminhado a passos lentos, porém importantes no sentido de se colocar na centralidade do cuidado em Saúde Mental e da construção dessa Rede.

A intersetorialidade pode ser definida como a articulação de diferentes órgãos e setores sociais para a promoção da integralidade na atenção à saúde, através dessa rede consolidada. O sistema precisa trabalhar de forma conjunta para assistir o sujeito na sua totalidade. (10) Ela tem sido um desafio para os trabalhadores do município, que ainda vem caminhando na visão hospitalocêntrica e biomédica.

Há uma antiga lenda indiana que conta a história de seis cegos e um elefante. Cada cego apalpou o elefante para então emitir sua opinião sobre o que se tratava ser aquele animal. O que tocou a barriga disse que o elefante se parecia com uma parede, já o que tocou nas presas disse que era como uma lança. Aquele que se chocou com a tromba disse que ele parecia uma cobra. O que se achegou as pernas concluiu que o animal lembrava uma árvore. E ainda o que percebeu o fino rabo

disse que o tal elefante se parecia com uma corda. Cada um analisou uma parte e extraiu dali uma diferente opinião. Desta lição pode-se compreender que somente a visão integral do animal poderia dizer a ele de fato como seria o Elefante. Ao mesmo tempo em que estavam todos parcialmente corretos, todos também estavam completamente errados. A visão da integralidade na saúde abraça o conceito desta parábola. (11)

O olhar da integralidade compreende que o indivíduo é completo, sendo indissociável seu olhar do contexto social, político, histórico, familiar e ambiental onde vive. Todos estes fatores são constituintes de determinantes no processo de saúde-doença, seja ela física ou mental. O cuidado integral propõe o acolher desse sujeito em sofrimento nas diversas particularidades que ele apresenta e na construção de uma rede de Atenção para seu melhor cuidado. (12)

No Município estudado, a Intersetorialidade e a Integralidade têm sido um desafio, especialmente na Atenção Básica. O trabalho em Saúde Mental envolve a quebra de paradigmas que foram construídos historicamente. A superação da visão Manicomial não ocorre de forma imediata e envolve o comprometimento diário dos profissionais que se capacitam e compreendem que o cidadão não deve ser privado da convivência social apenas porque possui um transtorno mental. A dificuldade na interlocução dos serviços de saúde nessa transição se caracteriza como uma importante barreira para o funcionamento satisfatório da RAS.

O município tem investido na Educação Permanente de seus colaboradores. Recentemente a Regional de Saúde da Região Sul de Goiás estabeleceu o funcionamento da CIES – Comissão de Integração de Ensino e Serviço. Nela, são discutidos com os profissionais de saúde, colegiados que militam na defesa do SUS e órgãos governamentais, formas da consolidação da Política de Educação Permanente em Saúde.

A educação Permanente transpassa o processo de aprendizagem, incentivando a reflexão e o levantamento de necessidades de natureza pedagógica, onde as estratégias para enfrentamento ocorrem preferencialmente nos locais de trabalho. Assim, Itumbiara tem caminhado para ampliar a capacitação de seus servidores como forma de obter como resposta uma assistência qualificada, especialmente na saúde mental.

Os pacientes em sofrimento mental atraem o olhar dos profissionais com inúmeros estigmas e preconceitos que podem gerar diversas barreiras de acesso aos pacientes que necessitam do atendimento resolutivo na Atenção Básica.

Dessa forma, a elucidação sobre quais são as dificuldades na assistência prestada e como se dá essa prática se fazem fundamentais para o nascimento de possibilidades de melhoria dos serviços e acesso dos pacientes ao tratamento que englobam seu contexto de sofrimento, não apenas seu diagnóstico.

3. Justificativa

Na atenção básica a saúde se estende no âmbito individual e coletivo, para promoção, prevenção e proteção dos usuários do SUS. Com o objetivo de impactar a saúde, o direito do usuário é ser tratado de forma íntegra, atuando no diagnóstico, reabilitação, redução de danos, com repercussão nos determinantes e condicionantes de saúde. Para isso são utilizadas tecnologias complexas que sejam demandadas em determinado território que possuem características como vulnerabilidades, riscos, necessidades de saúde e sofrimento peculiares. (1)

As equipes ali atuantes são respaldadas por portarias do Ministério da Saúde, sempre orientadas a trabalhar em equipe. Os processos de trabalho são estruturados pela territorialização, delimitação de seu território, mapeamento de áreas, micro áreas e percepção de vulnerabilidades ali presentes, Planejamento de ações em saúde coerentes de acordo com sua demanda no território, idealmente ações que priorizem grupos de risco, acolhimento com escuta qualificada, atenção integral e longitudinal. (1)

A necessidade de apoio em saúde mental tem crescido exponencialmente na sociedade atual. A Organização Mundial de saúde (OMS) prevê que em 2020 a depressão seja a segunda causa mais importante de incapacidade, perdendo apenas para doenças isquêmicas cardíacas.(15) A cada ano os números se ampliam. Assim, torna-se impossível que o cuidado em saúde mental fique restrito apenas aos especialistas. Conforme expressa a Reforma Psiquiátrica, a descentralização de seu cuidado e o aumento da participação popular se mostraram alternativas relevantes no enfrentamento.

Em 2001 a Organização Mundial de Saúde – OMS publicou o Relatório Mundial de Saúde dedicado à Saúde Mental, devido à crescente demanda e sua magnitude econômica global. Segundo o relatório, os transtornos mentais acometem 25% da população em determinada fase da vida de forma universal. Sendo ainda responsável por cerca de 20% da demanda atendida na Atenção Básica. (15)

Estudo publicado pela Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a importância dos Transtornos Mentais para a saúde pública quando eleger as principais causas de incapacidade laboral em todo o mundo, e a Saúde Mental esteve presente em cinco das 10 causas eleitas –

Depressão 13%, Ingestão de álcool 7,1%, Esquizofrenia 4%, Distúrbios afetivos Bipolares 3,3% e Distúrbios Obsessivo-Compulsivos 2,8. (16)

O sofrimento psíquico pode ser entendido como uma nova dimensão em um conjunto que já existe, sendo uma ameaça de rompimento da unidade/identidade do sujeito que sofre. Dessa forma pode interferir em outros elementos causando possíveis desarranjos. (17)

O suicídio tem apresentando números elevados e está entre as três principais causas de morte entre pessoas de 15 e 44 anos. O Brasil está entre os dez países que mais apresenta casos absolutos. (18) Podendo ou não estar associada a transtornos mentais, como depressão, transtornos de humor, dependência química e esquizofrenia.

Um estudo Multicêntrico realizado pela OMS (19) demonstrou que o seguimento após a tentativa de suicídio pode minimizar os casos de morte futuros. Foram divididos dois grupos que receberam diferentes tratamentos. Um grupo recebeu seguimento psicossocial que incluía acompanhamento telefônico e entrevista motivacional. Já o outro grupo seguia com o tratamento usual com encaminhamento na alta para um serviço da rede de saúde. Ao final de 18 meses a porcentagem de suicídio dos que não foram acompanhados por telefonemas foi dez vezes maior ao se comparar com o outro grupo – 2,2 e 0,2%.

No contexto da atenção primária, o manejo adequado e o cuidado do sofrimento mental são fundamentais para a ampliação do acesso ágil aos serviços de saúde. Além de potencializar a atenção à saúde, isso também evitaria o desperdício de exames inadequados ou tratamentos não específicos. Para tanto, é necessário que os profissionais da Atenção Básica recebam treinamento nas aptidões essenciais da atenção em saúde mental que garanta o melhor uso das tecnologias disponíveis e sua imediata aplicabilidade na prática diária.

Perceber a prática dos profissionais sobre a saúde mental na APS pode elucidar as dificuldades que os mesmos têm apresentado em sua rotina, trazendo para os usuários uma melhor possibilidade de assistência, uma vez que estão diretamente ligados. A ampliação da resolutibilidade na Atenção Básica implica sobre o indivíduo sua demanda resolvida de forma eficaz e rápida, não sendo necessário o encaminhamento às unidades de referência.

4. Referencial Teórico

A constituição de 1988 trouxe ao Brasil grande avanço no bem-estar e Justiça social. Ela carrega um marco histórico na proteção constitucional à Saúde. Garantiu que a saúde seja direito universal do povo e dever do Estado. O cuidado em saúde não é destinado apenas a quem pode remunerar, mas sim direito de todos os cidadãos. A partir disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) se estabeleceu como sistema de Saúde vigente em todo o país. (20)

O SUS representa a maior conquista social do país, sendo responsável pela universalidade do acesso aos serviços e cuidados em saúde. O sistema trouxe consigo uma nova concepção no conceito de saúde, sendo englobado o pensar não apenas de ausência de doença, mas de bem-estar popular. Foram incorporados os indicadores de saúde para a quantificação do desenvolvimento do país. (21)

A saúde pode ser associada não somente ao indivíduo, mas a um conjunto de medidas sociais destinadas à coletividade, conhecidos como Determinantes Sociais. Ele se dá com um conjunto de situações desde um lar habitável, um ambiente seguro e uma renda apropriada. A partir daí compreende-se o papel do Estado nas políticas públicas de Saúde, no entendimento destes determinantes. Especialmente quando se trata de um país como o Brasil onde as desigualdades são tão evidentes. (22)

O Brasil se baseou em diversos documentos que serviram como referência para a discussão e a construção coletiva dos conceitos fundamentais na promoção da Saúde. Entre eles estão a carta de Ottawa, a Declaração do México, a Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses. (23)

No período de 6 a 12 de Setembro de 1978, alguns anos antes da Constituição, na URSS, realizou-se uma Conferência Histórica sobre cuidados primários em saúde, denominada de Alma-ATA. Neste encontro foram discutidas ações de todos os governos sobre as necessidades urgentes de todos os que trabalham no campo da saúde e do desenvolvimento para a promoção de saúde a todos os povos do mundo. Dessa forma, houve o convite ao mundo para a ampliação do cuidado em atenção primária com o emblema “Saúde para todos até o ano 2000”. (2)

Assim, em 1994, surgiu no Brasil o Programa de Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reorganizar a assistência à saúde, com mudança no foco do cuidado, substituindo o modelo tradicional centrado no cuidado hospitalar. Voltando a atenção para a família e considerando o ambiente onde as pessoas vivem como forma de garantir os princípios de integralidade, universalidade e equidade. (24)

Coexistindo no mesmo momento histórico ao processo da Reforma Sanitária, acontecia também o movimento da Reforma Psiquiátrica. Ambos marcados por mudanças de paradigmas nos processos de cuidado e conceitos de saúde, trazendo como consequência o olhar ampliado para o sujeito em sua integralidade, subjetividade, e suas múltiplas necessidades. Assim, o propósito estaria em tratar as pessoas com seu sofrimento e seu contexto na comunidade, ao invés de tratar apenas a doença. (2)

“O objetivo da reforma psiquiátrica é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados”. (AMARANTE, 2008:758)(26)

A reforma psiquiátrica trouxe consigo o combate aos manicômios existentes no país, e está em processo de fechamento dos mesmos, causando uma revolução no cuidado em saúde mental. O usuário passa a ter garantia de sua cidadania e não apenas o controle de seus sintomas. O principal desafio deste contexto foi então a criação de circuitos paralelos e protegidos – uma rede.

Assim, como alternativa ao modelo asilar, a Política Nacional de Saúde Mental propõe a existência de uma rede que interligue a Atenção Básica e a Saúde Mental, contando com demais equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CEOS), além das enfermarias de saúde mental nos Hospitais Gerais. (17)

Em direção ao conceito atual de atenção à saúde mental, cabe ressaltar que o primeiro CAPS inaugurado no Brasil surge anterior à própria universalização da saúde pela carta magna, no ano de 1986 na cidade de São Paulo, era conhecido como o CAPS da Rua Itapeva. Logo após eles foram se expandido por todo o

território nacional. É regulamentado pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que amplia seu funcionamento e complexidade, tendo como função o atendimento a portadores de transtornos mentais severos e persistentes ofertando cuidados clínicos e a reabilitação psicossocial. Este dispositivo tem papel estratégico na construção da nova rede, sendo a unidade de saúde de referência para este cuidado. Lá são ofertadas atividades de inserção social, atividades comunitárias, atendimentos familiares, além da elaboração de projetos terapêuticos singulares. (27)

O projeto terapêutico singular é uma estratégia que amplia as possibilidades que já existem no cuidado em saúde mental, buscando sempre a intersecção entre usuários, trabalhadores e gestão. Para esta construção é necessário a opinião de todos os envolvidos culminando na definição de propostas de ação, respeitando as singularidades apresentadas em cada contexto. Como afirma Linassi (2011), “É a busca pela criação de um espaço comum, de proximidade, de troca entre os diferentes saberes envolvidos no processo, buscando resoluções com e não para o outro.” (28)(29)

O CAPS e a Atenção Básica devem buscar permanentemente estar integrados para garantir um atendimento mais resolutivo. A vinculação com as unidades básicas de saúde, o estabelecimento de iniciativas conjuntas, oportunidades de educação permanente e o apoio matricial são exemplos de integrações entre os serviços estimulados para melhor condução dos casos. (30)

Gastão Wagner Campos ao final da década de 90 formulou uma possibilidade de colaboração entre os profissionais de saúde, onde o modo de produção de saúde se desse em uma construção compartilhada. Criou-se uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica chamada de apoio matricial ou matriciamento. Tradicionalmente os sistemas de saúde se organizavam de forma hierárquica, acabando por causar a transferência de responsabilidades de uma unidade de saúde à outra, sem corresponsabilização. Tal situação aliada à deficiência na comunicação entre os setores resultava na não resolutividade dos casos, especialmente os mais complexos. Assim, essa nova alternativa de processo de trabalho visa horizontalizar e disseminar o conhecimento entre os sujeitos promotores de saúde, integrando os componentes e seus diferentes saberes nos diferentes níveis de assistência. (29)

As equipes de ESF funcionam como Equipes de Referência interdisciplinares, e as equipes de apoio matricial atuam como um suporte técnico especializado nas ações de saúde com a finalidade de ampliar e qualificar as ações das equipes de referência. A equipe de apoio matricial em saúde mental é composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros de saúde mentais e demais profissionais que atuem de acordo com as demandas necessárias à comunidade. (30)

Outro dispositivo importante criado em janeiro de 2008 mediante a Portaria GM nº 154, pelo Ministério da saúde foi o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, conhecido como NASF. Seu objetivo visa o aumento da resolubilidade para a Atenção Básica, além de ampliar sua abrangência e reforçar a capilaridade dos serviços fornecidos. O termo “Apoio” é a característica central do NASF, apontando diretamente a ideia do apoio matricial. (30)

As equipes de NASF podem ser compostas a depender de sua modalidade. Existem duas modalidades de NASF: a primeira modalidade, composta por no mínimo cinco profissionais com formação de curso superior, entre eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional; A segunda modalidade do NASF deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional. A definição pela composição das equipes fica ao cargo dos gestores municipais obedecendo a prioridade das necessidades locais. (30)

Em concordância com as alternativas para a construção de um modelo de atenção psicossocial, a política Nacional de Humanização (PNH) surgiu em 2003 como forma de efetivar os princípios do SUS. Ela traz consigo orientações clínicas, éticas e políticas para nortear determinados processos de trabalhos, como o acolhimento que diz respeito a uma escuta qualificada no momento que o usuário do serviço chega até a unidade, o compromisso e a vinculação do mesmo com o profissional que passa a ser sua referência. A gestão participativa e cogestão através da inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto à ampliação das tarefas da gestão, com lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. Promoção de rodas, colegiados gestores,

câmaras técnicas e gerencia de porta aberta. A ambiência com a criação de espaços acolhedores, saudáveis e confortáveis que respeitem a privacidade, promovam mudanças nos processos de trabalho e o encontro de convivência de pessoas. A clínica ampliada e compartilhada que proporciona o afeto nas relações, a qualificação do diálogo e decisões compartilhadas entre os envolvidos, a clínica que aborda o adoecimento e o sofrimento considerando a singularidade do sujeito. A valorização dos trabalhadores que visibiliza a experiência dos trabalhadores incluindo-os na tomada de decisões e apostas na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. E a defesa dos direitos dos usuários onde os usuários dos serviços possuem direitos garantidos por lei, devendo ser estimulado o conhecimento destes direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado. (31)

O acolhimento é um exemplo de tecnologia leve que direciona boa parte do trabalho na Estratégia de saúde da família, NASF e CAPS. As tecnologias duras são entendidas como maquinários e equipamentos tecnológicos, as ditas tecnologias leves-duras são alusivas aos saberes já estruturados como a epidemiologia e a clínica-médica. Já as tecnologias ditas leves são relativas ao trabalho vivo em ato, que compreendem relações de interação e subjetividade, como a produção do vínculo e gestão dos processos de trabalho. A APS, portanto, se configura como alta complexidade de ações realizadas diariamente sobre o território e baixa densidade tecnológica, pois não há necessidade de maquinários para a conclusão de suas ações. (32)

Destaca-se o acolhimento como importante ferramenta no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente na saúde mental. Ele representa uma relação de aproximação entre as pessoas de modo humanizado, tornando mais efetiva a recepção e a interação interdisciplinar, desmitificando a assistência médica-hegemônica, possibilitando o maior e melhor acesso à saúde. (17)

Os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) realizam na comunidade uma importante forma de acolhimento. Eles fazem o acompanhamento mensal das famílias, realizando atividades na comunidade, diagnóstico de vulnerabilidades, orientação dos usuários acerca do funcionamento da unidade, e principalmente, são responsáveis por traduzir para a equipe da Estratégia de Saúde da Família qual a dinâmica da comunidade, suas limitações e potencialidades. Eles devem ser o elo entre a comunidade e a unidade de saúde. (1)

Neste sentido, muitas vezes por estar entre o saber comunitário e o saber científico, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), acaba por não se sentir habilitado, especialmente em casos de saúde mental, para atuar junto à comunidade. Ocorrem com frequência, casos de distorções a respeito do que são os transtornos mentais e seus portadores, interferindo diretamente na assistência prestada. As ações acabam sendo baseadas no senso comum, o que descaracteriza a política antimanicomial. (33)

A ESF atualmente tem carecido de ações em Saúde Mental. Quando há no município um serviço que ofereça atendimento psicossocial, o recomendado é que haja ações conjuntas e articuladas, sempre de acordo com os graus de complexidade que exigem as demandas. Já quando não há esse serviço disponível, recomenda-se a busca da capacitação das equipes de saúde da Família, para que a equipe “perca o medo de lidar com o doente mental”, ou ainda para “saber lidar melhor com minhas angustias e da comunidade”. (17)(34)

A educação permanente visa à orientação dos profissionais de acordo com as necessidades reais da população, produzindo ações concretas. Podem lançar mão de processos educativos amplos, que problematizem casos reais e definam competências específicas. Assim, surgem possibilidades como estratégias inovadoras no cuidado, ampliando a troca de experiências e promoção da intersetorialidade e o esboço da rede de atenção à saúde. (35)

O modelo assistencial predominante nos dias de hoje é focado na ótica biomédica que subordina a dimensão do cuidado a uma função desimportante e meramente complementar. (36) Em contrapartida, a abordagem psicossocial centraliza o papel do cuidar, da família e da comunidade, além de outros profissionais de saúde. A multiplicidade do atendimento em saúde mental exige aptidões e competências que estiveram fora do repertório e da formação acadêmica das equipes de atenção primária. (6)

Por diversas vezes pacientes procuram ajuda no serviço de saúde com sintomas físicos, porém sem explicações médicas. Em alguns casos pode haver a desconfiança por parte da equipe sobre as reais intenções do paciente, porém o que pode haver por trás seja um grande sofrimento, que nem mesmo o indivíduo se deu conta. Cabe ao profissional assistente, entre os membros da equipe de saúde da família, acolher este processo com empatia e solidariedade para juntos traçarem a melhor forma de cuidado.

Profissionais de saúde por vezes experimentam a sensação de insegurança nas intervenções existentes em saúde mental. Boa parte de sua formação tem o foco na doença. Assim, a busca do trabalhador é que os sintomas sejam resolvidos ou até mesmo curados, porém ao falar de sofrimento mental, muitas vezes não é possível corresponder a essa expectativa. Podem surgir sentimentos como impotência, auto depreciação, e até mesmo culpa. A dificuldade em lidar com esses sentimentos na assistência pode gerar o distanciamento ou a resistência ao trabalho com essa população. Para usuário do serviço, nem sempre a ausência dos sintomas estará relacionada a uma intervenção benéfica em sua vida. O foco deve ser o cuidar, e não curar. (17)

O processo de trabalho em saúde pode ser definido como a prática cotidiana dos profissionais, reproduzido na dinâmica do trabalho humano. (37) O que norteia tais processos são conjuntos de determinantes estruturais, particulares e singulares. Os estruturais dizem respeito às leis, regulamentações, diretrizes, princípios do SUS. Os determinantes particulares referem-se à rede local de atenção e os dispositivos com os quais se comunica. Já os singulares compreendem a forma de organização dos serviços, sua resolubilidade e suas produções de saúde operadas pelo seu modelo de atenção. (38)

A prática dos serviços de saúde representa um processo social multiforme. Levando em conta o reflexo não controlável de influência dos valores sociais sobre os profissionais e a população que utiliza os serviços. (39)

[..] os atores têm diferentes intencionalidades que disputam o sentido geral do trabalho, assim como os gestores, usuários e propositores de políticas. Para desvendar o processo social que implica práticas diversas, cabe refletir sobre a capacidade de produção, inovação e superação dos profissionais de saúde, destacando a grande autonomia do trabalho médico. (Fauerwerker (2005;489)(40)

A continuidade ou descontinuidade das ações executadas pelos trabalhadores pode ser associada a teoria proposta por Anthony Giddens, um sociólogo britânico que estudou a partir das práticas sociais e elaborou a teoria da estruturação. O sistema social é tido como um conjunto de práticas reproduzidas socialmente entre organizações ou agrupamentos de forma regular. Ele define como estrutura a permanência de uma prática social e como ação social a sua

movimentação, trazendo assim a dualidade como componente base da sociedade que caminha confrontando na direção da permanência e da mudança. (41)

A Prática dos trabalhadores na Atenção Básica com a assistência à saúde mental pode ser analisada sob tal perspectiva. A ação e a estrutura coexistem de forma recíproca, não havendo uma sem a outra. Portanto, a reprodução dos sistemas sociais é governada por condições de continuidade (estrutura) e de transmutação (ação). Nesse contexto, percebe-se que as atividades rotineiras não são criadas pelos atores sociais, são reproduzidas e recriadas continuamente devido ao meio pelo qual o mesmo se expõe. (42)

A rotina (tudo que é feito habitualmente) constitui um elemento básico da atividade social cotidiana [...]. A natureza repetitiva de atividades empreendidas de maneira idêntica dia após dia é a base material do que eu chamo de “caráter recursivo” da vida social. [...] A rotinização é vital para os mecanismos psicológicos por meio dos quais um senso de confiança ou segurança ontológica é sustentado nas atividades cotidianas da vida social. Contida primordialmente na consciência prática, a rotina introduz uma cunha entre o conteúdo potencialmente explosivo do inconsciente e a monitoração reflexiva da ação que os agentes exigem. (GIDDENS, 1984).(43)

Os profissionais não são os criadores de suas rotinas, apenas a reproduzem de forma acrítica. Giddens ressalta que os atores possuem habilidades e conhecimentos que permeiam a possibilidade de mudanças, quando motivados, mesmo que inconscientemente. Logo, a estrutura não pode definir tudo, sendo os agentes potenciais intérpretes e monitores do seu ambiente social e de ações decorrentes dela. Tal monitoramento pode incorrer na eventualidade de modificar suas práticas rotinizadas. (39) Assim, quando habilitados pelo conhecimento e crítica de sua realidade, a estrutura pode ser abalada.

5. Objetivos:

5.1. Objetivo geral

Conhecer a percepção e a realidade das práticas de trabalho na atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à Saúde Mental no município de Itumbiara/GO.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção básica na atenção aos pacientes de saúde mental.
- Perceber as ferramentas, formas de manejo e encaminhamentos utilizados dos profissionais na relação com a saúde mental.
- Identificar treinamentos prévios, mecanismos de fortalecimento de conhecimentos e habilidades destinados aos profissionais em relação à saúde mental.

6. Métodos

A pesquisa realizada caracterizou-se enquanto investigação de campo, com caráter exploratório, qualitativo e quantitativo. Entende-se pesquisa de campo, a busca diretamente dos dados em um determinado ambiente que se investiga. Objetiva aproximar o investigador quanto aos fenômenos e suas implicações no cotidiano. (44)

A pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto. Nesse caso, o pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas [...].(Gonsalves,2001)(44)

Dentro desta perspectiva, o campo investigado compreendeu o município de Itumbiara, no estado de Goiás, onde se localizam 20 Equipes de Estratégias de Saúde da Família. Definiu-se que a pesquisa foi realizada nos meses de Setembro de 2018 a janeiro de 2019, período em que as entrevistas foram aplicadas aos sujeitos da pesquisa.

Enquanto sujeitos foram compreendidos os profissionais atuantes na assistência à saúde, entendidos por equipe, lotados nas estratégias no momento da realização da pesquisa. Foram incluídos profissionais com vínculo empregatício com o Município (efetivos e credenciados) e com o Estado (efetivos e credenciados), além de cargos comissionados, que atuam na atenção básica, que aceitaram participar da pesquisa e que preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4).

A pesquisa caracteriza-se enquanto exploratória por problematizar o objeto a ser investigado partindo de um contexto macro, objetivando sua aproximação da realidade estudada (45). Neste sentido, o tema central desta pesquisa tipifica a Política Nacional de Atenção Básica na perspectiva da assistência à saúde mental.

6.1. Métodos de Análise das questões em escala dos questionários tipo Likert

A pesquisa quantitativa permitiu mensurar dados brutos que por sua vez serão analisados por meio de uma reflexão qualitativa. Esclarece Fonseca

pesquisa quantitativa podem ser quantificados. [...] os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. [...] pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente. (Fonseca,2002)(46)

Para esta abordagem, foi adotado um questionário em escala do tipo Likert, como forma de abordar a visão e a experiência prática das equipes de estratégia de saúde da família em Itumbiara, para ampliar a compreensão subjetiva do tema, sendo um questionário básico aplicável em toda a equipe. (Anexo 1)

O modelo de questionário em escala do tipo Likert foi desenvolvido em 1932, a fim de mensurar atitudes e comportamentos e possui vantagem em relação ao seu fácil manuseio. Nela, os respondentes emitem seu grau de concordância ou discordância sobre a pergunta proposta. (47)

O questionário proposto abordou questões como treinamentos recebidos, tempo de serviço, capacitação em saúde mental, sentimentos provenientes da demanda (insegurança, impotência), conhecimento das necessidades e destino final dos pacientes, além de sua satisfação. (14)

Para aplicação do questionário, foram elaboradas listas dos locais contemplados, incluindo o volume de trabalhadores a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Todos os profissionais estavam incluídos, Estimava-se que em sua totalidade pudessem colaborar com a pesquisa. Os critérios para a exclusão dos participantes se deu por profissionais que se recusaram a colaborar com a pesquisa e que estiveram ausentes da unidade por demais motivos (afastamentos, atestados médicos, férias, etc).

Foi realizado contato com as enfermeiras coordenadoras das respectivas unidades, explicando sobre como seria o procedimentos da pesquisa e da coleta de dados, a fim de serem reproduzidas aos trabalhadores e posterior retorno para coleta dos questionários auto respondidos.

A quantidade de profissionais trabalhadores das unidades básicas de saúde respondentes aos questionários foi de 184 (60,5%) das 304 em atuação conforme dados atualizados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, sendo as categorias profissionais compreendidas neste trabalho foram: Enfermeiros (n=14, 8,04%), Médicos (n= 2, 1,14%), Dentistas (n= 4, 2,29%), Auxiliar de limpeza (n= 7, 4,02%), Auxiliar de Dentista (n= 11, 6,32%), Agentes Comunitários de Saúde (n=77, 44,25%), Técnicos de Enfermagem (n=13, 7,47%) e Recepcionistas (n=12, 6,89%), sendo que 34 (19,54%) omitiram a categoria no momento da resposta do questionário.

As questões em escala do tipo Likert foram avaliadas de acordo com a frequência e porcentagem de resposta a cada item (discordo totalmente, discordo, concordo em parte, concordo e concordo totalmente), sendo também utilizado o escore transformado para uma escala de zero a 100, zero relacionado à pior avaliação (péssima) e 100 à melhor avaliação (ótima). Os resultados dos escores transformados foram expressos por média e desvio padrão. Para avaliação dos escores transformados médios entre as equipes de ESF, foi utilizada a análise de variância (ANOVA). A análise estatística foi realizada usando-se *Statistical Package for Social Sciences 20.0 Mac* (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA).

6.2. Métodos de Análise das questões abertas do roteiro semiestruturado para entrevista

A metodologia qualitativa é própria para o estudo de questões subjetivas, ao se preocupar mais com indagações que buscam aprofundar e compreender o fenômeno estudado. Aproxima-se dos participantes no ambiente em que trabalham, abordando sua experiência de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. (48)

Nesse aspecto, foram aplicadas entrevistas por meio de um questionário semiestruturado a seis profissionais de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família eleitos aleatoriamente. A entrevista tratou de perguntas abertas que

abordaram de forma ampla, qualitativamente, as dificuldades enfrentadas e a vivência dos profissionais na operacionalidade com pacientes de saúde mental. Tal instrumento apresenta características de flexibilidade e possibilidade de esclarecimento ao entrevistado mediante as circunstâncias de realização das questões (Anexo 2).

A escolha por essa abordagem foi corroborada devido à valorização da perspectiva do informante de forma espontânea e despreendida em sua fala, proporcionando assim virtude para a pesquisa.

As entrevistas foram realizadas por profissional colaborador desta pesquisa, com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde eleitos aleatoriamente, individualmente. Foram agendadas para o período vespertino dos dias 12/12/2019 a 12/01/2019 em horário de funcionamento da unidade e de trabalho dos servidores. Inicialmente, houve a elaboração de uma atmosfera de segurança, por meio de simpatia, busca por afinidades, intentando a busca por respostas profundas e ativas sobre os fatos em análise. As classes profissionais entrevistadas foram: Agentes Comunitárias de Saúde, Enfermeira, Recepcionista e Técnica de Enfermagem.

Os dados foram coletados por meio de recurso como gravador, sempre com o consentimento do entrevistado. Após as gravações, os dados foram enviados para posterior transcrição pelo pesquisador e em seguida arquivados para manutenção do sigilo dos participantes. Uma leitura inicial foi realizada a fim de perceber a repetição de temas e a saturação dos discursos. O total de 06 (seis) entrevistas foi considerado satisfatório para elucidar o fenômeno estudado, depois de estabelecido a sensatez de saturação dos dados.

As entrevistas foram avaliadas por meio da análise do conteúdo segundo técnica de Bardin, que é uma estratégia que tem por propósito a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo expresso pela comunicação, (49) sendo utilizado como apoio o software IRAMUTEQ, um programa gratuito, desenvolvido inicialmente por Pierre Ratinand em 2009. (50)

Para essa análise do conteúdo das transcrições das entrevistas, foram selecionados substantivos, verbos e adjetivos, entendendo que não haveria necessidade de adicionar as demais classes sob o risco de alteração dos dados objetivados. Ademais, os textos resultantes das transcrições das entrevistas foram ajustados conforme as seguintes normas:

- As perguntas foram suprimidas;

- Expressões sem necessidade foram retiradas, como: né, ah, tá, uhm;
- Frases não apropriadas com o assunto tratado foram suprimidas; e
- Frases incompletas foram complementadas sem modificação do sentido. Na impossibilidade, foram eliminadas.

Inicialmente, avaliou-se a frequência das palavras, que foram apresentadas de forma gráfica por meio da técnica de nuvem de palavras. Essa análise resulta num conjunto de palavras agrupadas, organizadas e estruturadas em forma de nuvem. São apresentadas de forma que as palavras maiores são as de maior importância no texto. (51)

De acordo com os temas e a coocorrência das palavras nos segmentos de texto das entrevistas, o conteúdo analisado foi agrupado em classes. Essas classes podem sugerir conhecimentos do senso comum ou campos de imagens sobre determinado objeto, ou justamente partes de uma mesma representação. Nesse aspecto, foi utilizado como representação gráfica o filograma de Reinhert. (50)

Foi também realizada análise fatorial de correspondência de modo a verificar as relações entre as classes num plano gráfico, apontando, segundo a localização das classes, suas interações e conexões. Nesse caso, quanto mais distantes os elementos permanecerem dispostos no plano, menos eles correspondem ao mesmo assunto. (51)

7. RESULTADOS

7.1. Análise das questões em escala do tipo Likert

Entre os 174 profissionais entrevistados, a média dos escores transformados das 20 questões foi de $52,0 \pm 13,7$. O menor escore médio foi o da questão 18, que avaliou se a equipe se reunia para discussão dos casos que julgava ser complexos em saúde mental ($42,5 \pm 30,4$). O maior escore médio foi obtido na questão 17 que avaliou a percepção do profissional em relação ao cuidado em saúde mental estar além do uso da medicação ($78,4 \pm 22,9$). De um modo geral, ao analisar os escores médios, pode-se perceber que, apesar das dificuldades em sua atuação, os profissionais percebem as implicações do sofrimento psíquico para os indivíduos e seus familiares e a importância da adoção de estratégias para melhorar da atenção a saúde mental nos usuários atendidos por suas equipes. (figura 3 e tabela 2).

Figura 3. Boxplot da média dos escores médios das 20 questões em escala do tipo Likert relacionadas a percepção e prática dos profissionais de atenção básica. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.

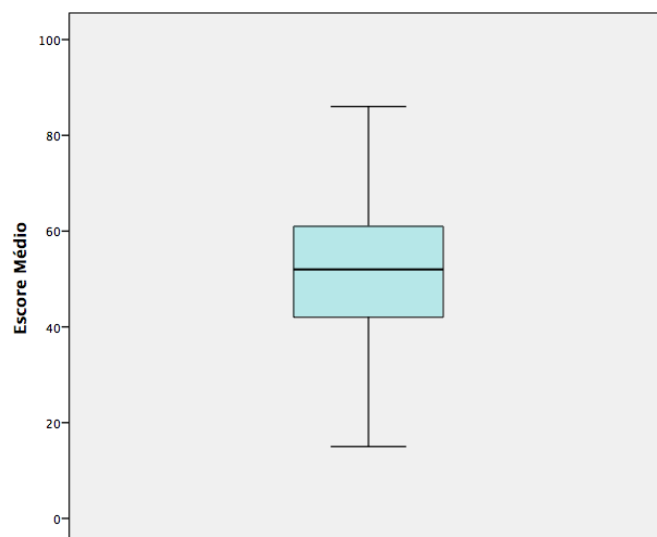


Tabela 2 - Escores médios das questões em escala do tipo Likert relacionadas a percepção e prática dos profissionais de atenção básica. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.

ITEM	MÉDIA (DP)
1) Já recebi treinamentos que me tornaram apto a atuar em Saúde Mental na ESF?	42,8 (28,7)
2) Eu me sinto capacitado para trabalhar com saúde mental na Estratégia de Saúde da Família?	43,5 (27,2)
3) Eu sei o destino dos pacientes encaminhados para a unidade de referência em saúde mental?	51,2 (30,2)
4) Sinto dificuldade para manejar os pacientes de Saúde Mental?	46,4 (27,8)
5) Tenho acesso a dados sobre a quantidade de pacientes assistidos que demandam cuidados em saúde mental?	40,8 (30,4)
6) Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em livros e protocolos?	39,2 (27,1)
7) Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em treinamentos prévios?	40,4 (27,8)
8) Sinto que os usuários de Saúde Mental estão satisfeitos?	50,2 (27,0)
9) Consigo identificar com facilidade a queixa dos paciente sem sofrimento psíquico?	57,1 (23,3)
10) Percebo que a Equipe de Estratégia de Saúde da Família é resolutiva na maioria dos casos de saúde mental?	45,7 (24,9)
11) Tenho dificuldade de estabelecer diálogo com pacientes em sofrimento psíquico?	55,2 (25,2)
12) Consigo definir o que é sofrimento psíquico?	56,1 (22,0)
13) Consigo perceber as implicações do sofrimento psíquico para os indivíduos e seus familiares?	60,3 (20,0)
14) Percebo relações entre condições de vida e sofrimento psíquico?	60,2 (19,9)
15) Consigo acolher pacientes usuários de álcool e outras drogas?	50,7 (28,2)
16) Minha equipe se preocupa com a saúde mental de seus integrantes?	60,2 (27,7)
17) Percebo que o cuidado em saúde mental está além do uso da medicação?	78,4 (22,9)
18) Minha equipe se reúne para discussão dos casos que julga ser complexos em saúde mental?	42,5 (30,4)
19) Minha equipe recebe apoio matricial em saúde mental (por meio do NASF e CAPS)?	58,0 (27,0)
20) Minha equipe consegue organizar os atendimentos de acordo com a demanda singular de cada paciente?	55,3 (26,7)
Total	52,0 (13,7)

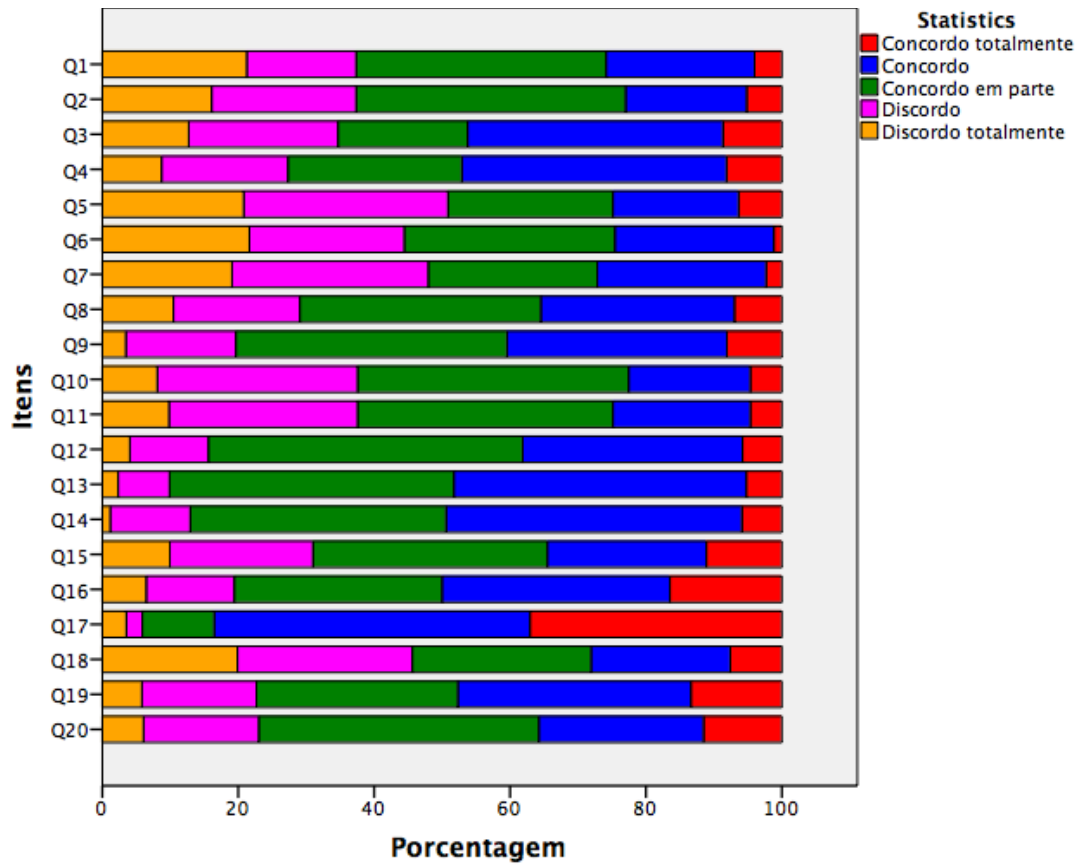
ESF: Estratégia saúde da família; NASF: Núcleo apoio à saúde da família; APS: Centro de atenção psicossocial; DP: Desvio padrão.

Ao analisar a tabela 3 e a figura 4, podemos perceber que os extremos de respostas foram evitados pela maioria dos profissionais que responderam as questões e que a maioria das respostas esteve nas respostas: Concordo, Concordo em parte e Discordo. Obtendo como exceção apenas a questão 17 onde se questiona sobre a percepção da saúde mental além do uso das medicações. Nesta, a maioria respondeu que concordava, porém boa parte também assinalou que concordava totalmente.

Tabela 3. Dados de percepção e prática dos profissionais de atenção básica que responderam as questões em escala do tipo Likert. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.

ITEM	Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
Q1, n(%)	37(21,3)	28(16,1)	64(36,8)	38(21,8)	7(4,0)
Q2, n(%)	28(16,1)	37(21,3)	69(39,7)	32(18,4)	8(4,6)
Q3, n(%)	21(12,1)	36(20,8)	33(19,1)	66(38,2)	17(9,8)
Q4, n(%)	16(9,3)	32(19,8)	44(25,6)	65(37,8)	13(7,6)
Q5, n(%)	36(20,8)	51(29,5)	39(22,5)	35(20,2)	12(6,9)
Q6, n(%)	37(21,8)	40(23,5)	55(32,4)	36(21,2)	2(1,2)
Q7, n(%)	33(19,1)	50(28,9)	43(24,9)	44(25,4)	3(1,7)
Q8, n(%)	19(11,0)	32(18,6)	60(34,9)	51(29,7)	10(5,8)
Q9, n(%)	5(2,9)	27(15,6)	70(40,5)	56(32,4)	15(8,7)
Q10, n(%)	14(8,1)	51(29,5)	69(39,9)	29(16,8)	10(5,8)
Q11, n(%)	18(10,4)	49(28,3)	63(36,4)	37(21,4)	6(3,5)
Q12, n(%)	7(4,0)	20(11,6)	80(46,8)	54(31,2)	11(6,4)
Q13, n(%)	4(2,3)	13(7,6)	72(41,9)	74(43,0)	9(5,2)
Q14, n(%)	2(1,2)	19(11,2)	65(38,2)	76(44,7)	8(4,7)
Q15, n(%)	17(9,9)	37(21,6)	59(34,5)	40(23,4)	18(10,5)
Q16, n(%)	11(6,5)	22(12,9)	52(30,6)	57(33,5)	28(16,5)
Q17, n(%)	5(2,9)	4(2,4)	19(11,2)	77(45,3)	65(38,2)
Q18, n(%)	34(19,9)	44(25,7)	45(26,3)	35(20,5)	13(7,6)
Q19, n(%)	10(5,8)	29(16,9)	51(29,7)	60(34,9)	22(12,8)
Q20, n(%)	11(6,4)	28(16,4)	68(39,8)	42(24,6)	22(12,9)

Figura 4. Dados de percepção e prática dos profissionais de atenção básica que responderam as questões em escala do tipo Likert. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Foi observada diferença significativa entre as equipes de ESF no escore médio das questões em escala do tipo Likert (ANOVA . $p < 0,014$). Os escores médios variaram de $28,7 \pm 2,5$ (ESF13) a $67,3 \pm 20,0$ (ESF 2 e 5) (tabela 4)

Tabela 4 – Escores médios por Equipe de Saúde da Família das questões em escala do tipo Likert relacionadas à percepção e prática dos profissionais de atenção básica. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.

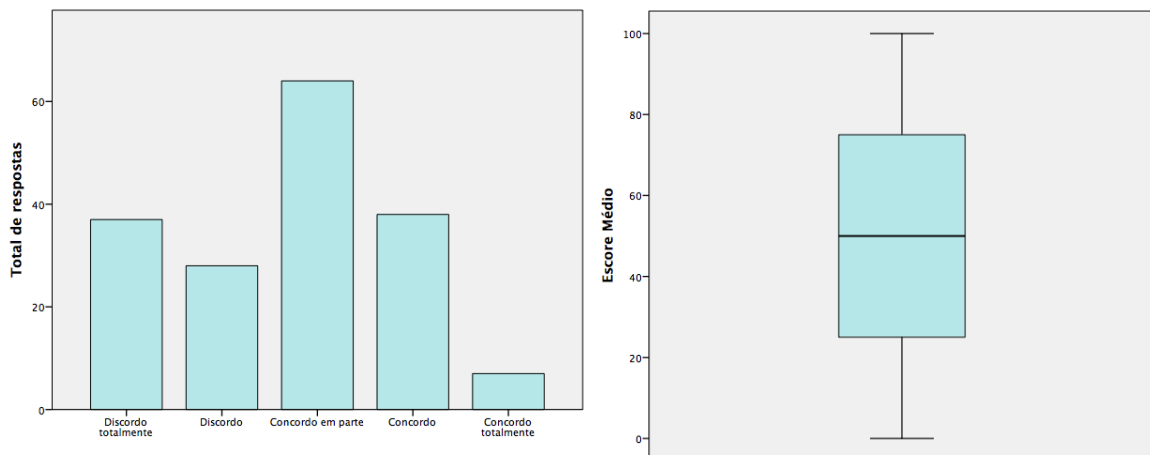
ITEM	MÉDIA (DP)
ESF1	45,4 (8,8)
ESF2	67,3 (20,0)
ESF3	50,6 (10,6)
ESF4	62,5 (6,2)
ESF5	67,3 (20,0)
ESF6	52,4 (14,2)
ESF7	54,8 (18,1)
ESF8	43,1 (12,9)
ESF9	46,2 (9,8)
ESF10	46,6 (7,9)
ESF11	58,1 (5,3)
ESF12	47,3 (9,5)
ESF13	28,7 (2,5)
ESF14	56,2 (10,6)
ESF15	66,7 (10,2)
ESF16	51,8 (13,6)
ESF17	45,8 (10,9)
ESF18	42,2 (11,1)
ESF19	54,5 (10,4)
ESF20	50,6 (4,5)

ESF: Estratégia saúde da família; DP: Desvio padrão, ANOVA: $p < 0,014$.

Questão 1 - Já recebi treinamentos que me tornaram apto a atuar em Saúde mental na ESF?

A média do escore transformado foi de $42,8 \pm 28,7$ (tabela 2). Grande parte dos profissionais concorda em parte (36,8%, $n=64$) que são treinados para atuar em saúde mental na ESF, destes a próxima parte expressiva se divide entre discordar e discordar totalmente em estar apto por treinamentos recebidos. Assim, somados, 37,4% ($n=65$) não consideram que os treinamentos foram efetivos para o exercício de sua função. Entre os que concordam e concordam totalmente, o percentual é 25,8% ($n=45$) (figura 5 e tabela 3).

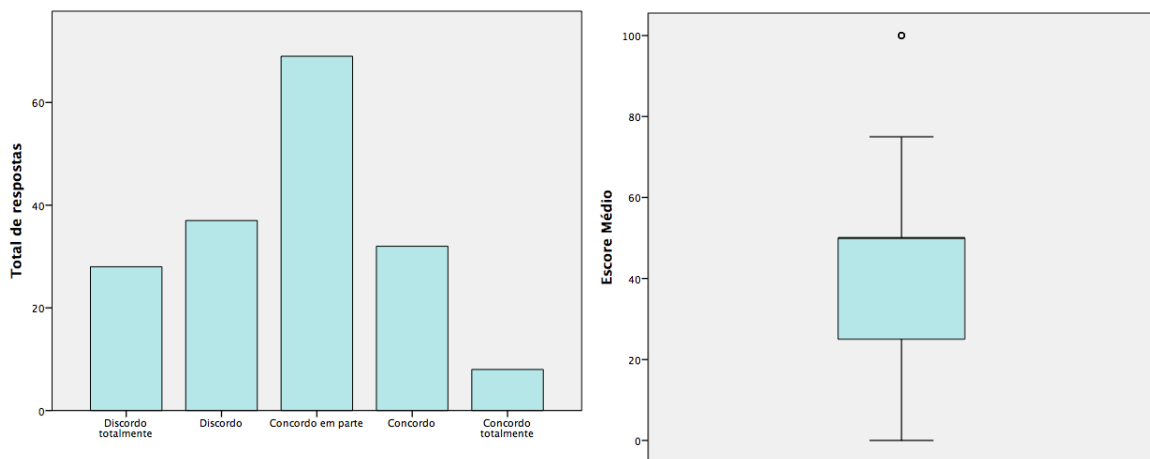
Figura 5. Distribuição das respostas e escore médio da questão 1: Já recebi treinamentos que me tornaram apto a atuar em Saúde mental na ESF. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 2 - Eu me sinto capacitado para trabalhar com saúde mental na Estratégia de Saúde da Família?

A média do escore transformado foi de $43,5 \pm 27,2$ (tabela 2). A maioria dos respondentes concordou em parte que se sentem capacitados para esta demanda (39,7%, $n=134$), somados os discordantes, 37,4% ($n=65$) não se sentem capacitados, e os concordantes 23,0% ($n=40$) (figura 6 e tabela 3).

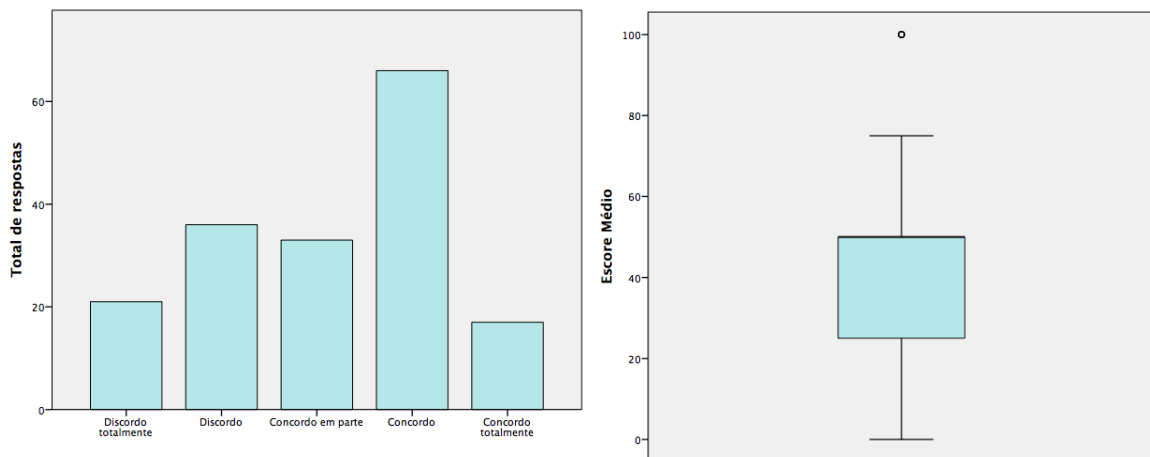
Figura 6. Distribuição das respostas e escore médio da questão2: Eu me sinto capacitado para trabalhar com saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 3 - Eu sei o destino dos pacientes encaminhados para a unidade de referência em saúde mental?

A média do escore transformado foi de $51,2 \pm 30,2$ (tabela 2). Boa parte dos profissionais concorda que continua o acompanhamento dos pacientes encaminhados, somados os discordantes, obtemos uma porcentagem de 32,9% ($n=47$), já os concordantes 48,0% ($n=83$), sendo expressiva sua afirmação (figura 7 e tabela 3).

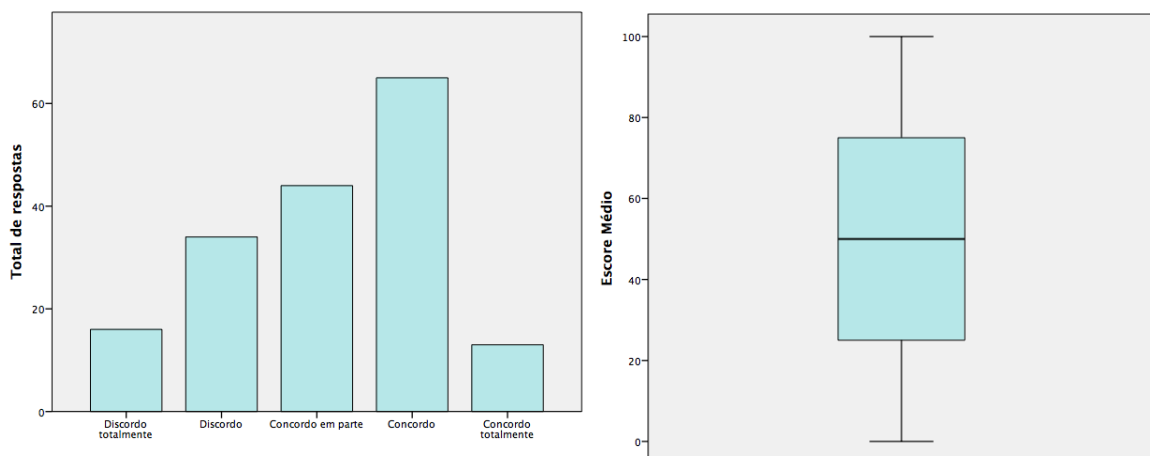
Figura 7. Distribuição das respostas e escore médio da questão 3: Eu sei o destino dos pacientes encaminhados para a unidade de referência em saúde mental. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 4 - Sinto dificuldade para manejar os pacientes de Saúde Mental?

A média do escore transformado foi de $46,4 \pm 27,8$ (tabela 2). Os concordantes na dificuldade em manejar pacientes de saúde mental são a maioria, 45,4% ($n=78$) concordam e concordam totalmente com a afirmação, enquanto 29,1% ($n=48$) discordam ou discordam totalmente (figura 8 e tabela 3).

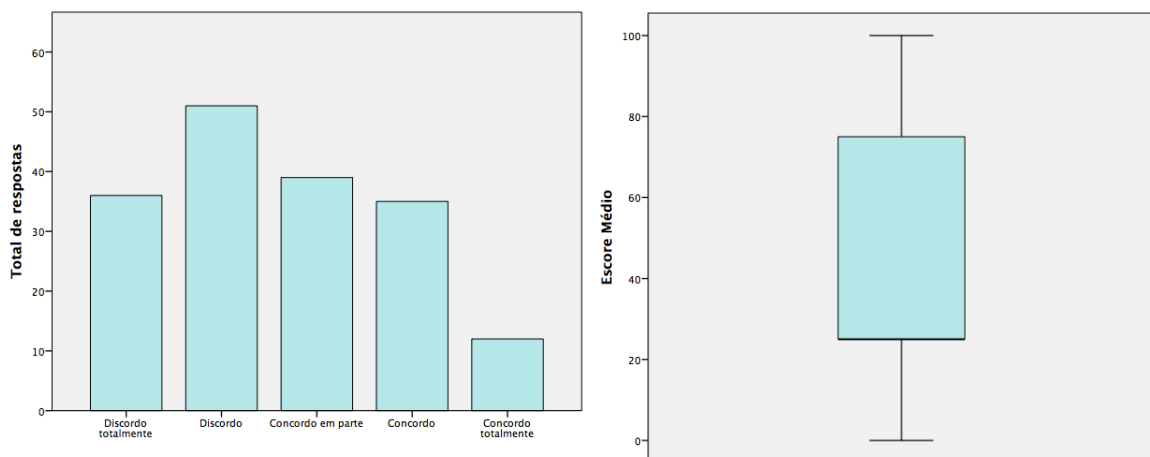
Figura 8. Distribuição das respostas e escore médio da questão 4: Sinto dificuldade para manejar os pacientes de Saúde Mental. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 5 - Tenho acesso a dados sobre a quantidade de pacientes assistidos que demandam cuidados em saúde mental?

A média do escore transformado foi de $40,8 \pm 30,4$ (tabela 2). A maioria dos trabalhadores da Atenção Básica discordou sobre ter acesso aos dados dos pacientes que demandam cuidados em saúde mental, destes, 50,3% (n=48) discordam ou discordam totalmente dessa informação e apenas 27,1% (n=47) concordam ou concordam plenamente (figura 9 e tabela 3).

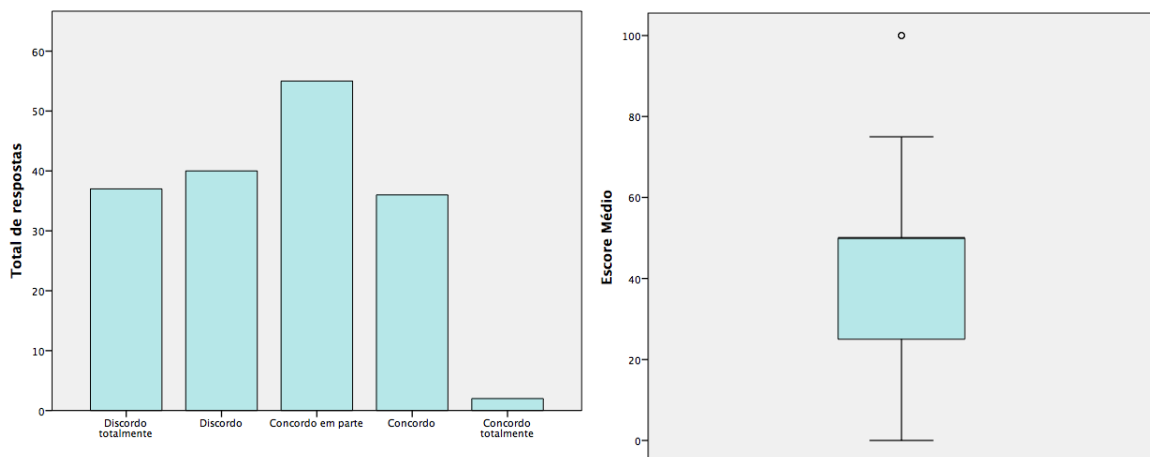
Figura 9. Distribuição das respostas e escore médio da questão 5: Tenho acesso a dados sobre quantidades de pacientes assistidos que demandam cuidados em saúde mental. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 6 - Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em livros e protocolos?

A média do escore transformado foi de $39,2 \pm 27,1$ (tabela 2). Uma parte expressiva dos respondentes concorda em parte que se baseia pelas capacitações prévias, entretanto, 45,3% (n=77) disseram não basear sua prática a cursos, livros ou protocolos. Apenas 22,4% (n=38) conseguem o assim fazer (figura 10 e tabela 3).

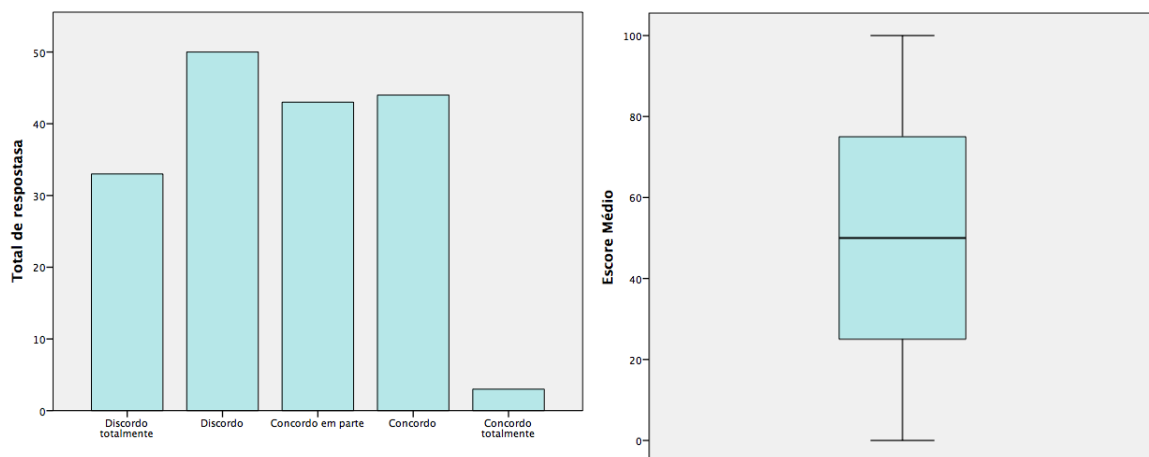
Figura 10. Distribuição das respostas e escore médio da questão 6: Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em livros e protocolos. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 7 - Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em treinamentos prévios?

A média do escore transformado foi de $40,4 \pm 27,8$ (tabela 2). Boa parte dos profissionais discorda que sua prática seja baseada em treinamentos prévios. Entre os que discordam e discordam totalmente desta afirmação, soma-se a porcentagem de 48,0% (n=83). Já entre os que concordam e concordam totalmente, 27,1% (n=47). Os demais concordam em parte (24,9%, n=43) (figura 11 e tabela 3).

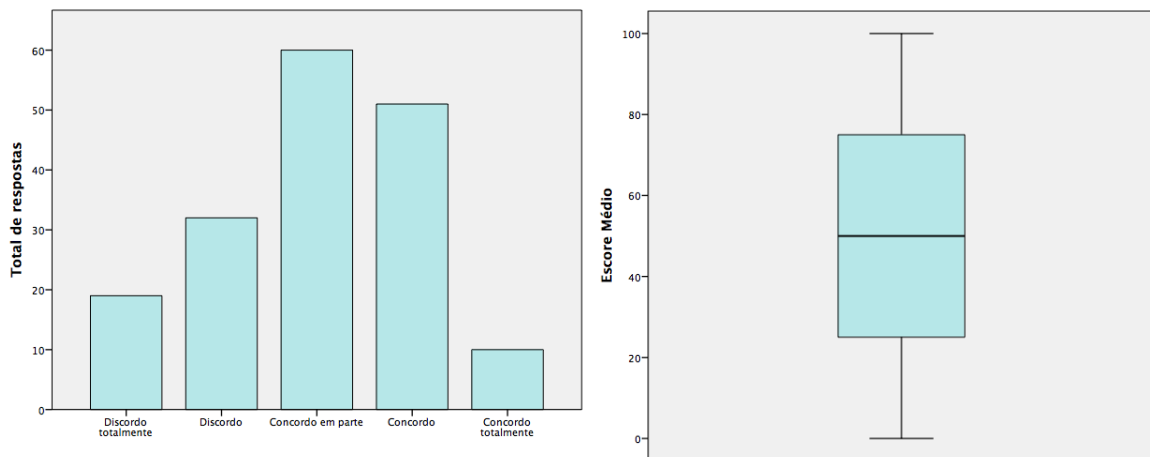
Figura 11. Distribuição das respostas e escore médio da questão 7: Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em treinamentos prévios. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 8 - Sinto que os usuários de saúde mental estão satisfeitos com o serviço fornecido pela Estratégia de Saúde da Família?

A média do escore transformado foi de $50,2 \pm 27,0$ (tabela 2). A maioria dos trabalhadores concorda em parte que os usuários estejam satisfeitos, entre os que discordam e discordam totalmente desta afirmação encontra-se a porcentagem de 29,6% ($n=51$), já os que concordam e concordam totalmente 35,5% ($n=61$) (figura 12 e tabela 3).

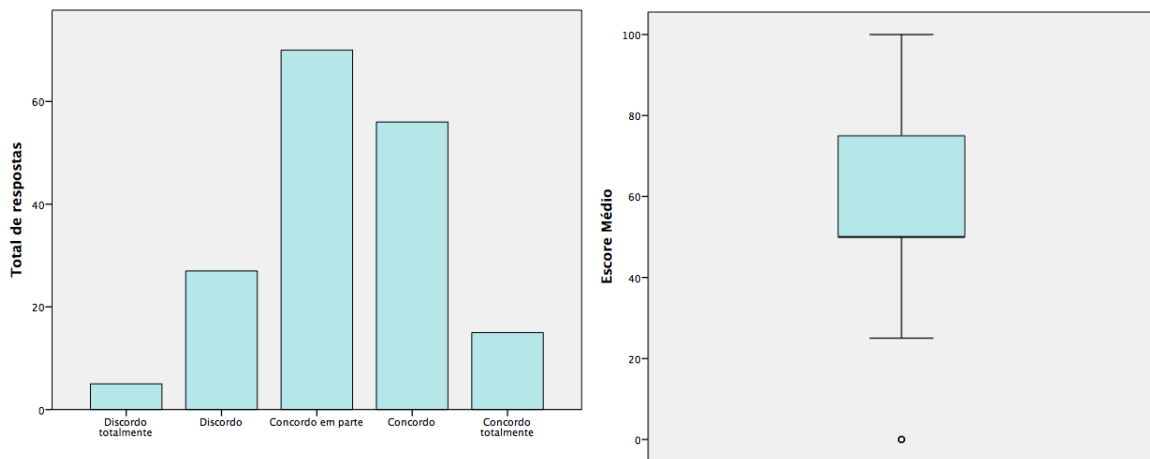
Figura 12. Distribuição das respostas e escore médio da questão 8: Sinto que os usuários de saúde mental estão satisfeitos com o serviço fornecido pela Estratégia de Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 9 - Consigo identificar com facilidade a queixa dos pacientes em sofrimento psíquico?

A média do escore transformado foi de $57,1 \pm 23,3$ (tabela 2). Assim, a maioria concorda em parte que consegue identificar com facilidade. Os que concordam e concordam totalmente juntos somam 41,1% ($n=71$) das respostas e os que discordam desta afirmação ou discordam totalmente somam 18,5% ($n=32$) (figura 13 e tabela 3).

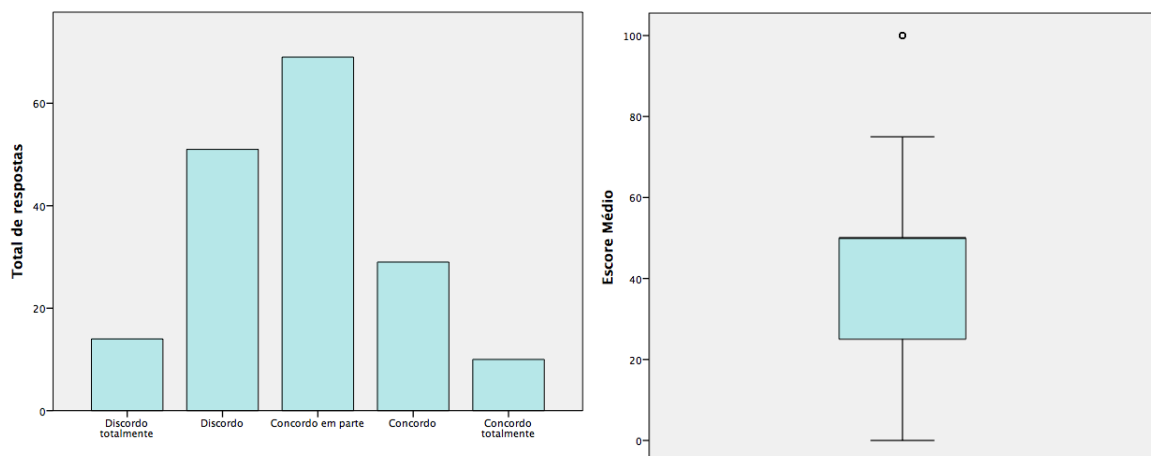
Figura 13. Distribuição das respostas e escore médio da questão 9: Consigo identificar com facilidade a queixa dos pacientes em sofrimento psíquico. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 10 - Percebo que a Equipe de Estratégia de Saúde da Família é resolutiva na maioria dos casos de saúde mental?

A média do escore transformado foi de $45,7 \pm 24,9$ (tabela 2). Boa parte dos trabalhadores concorda em parte que os casos são resolvidos em sua maioria na ESF (39,9%, $n=69$), porém a soma dos discordantes chega a 37,6% ($n=65$) e dos concordantes a 22,6% ($n=39$) (figura 14 e tabela 3).

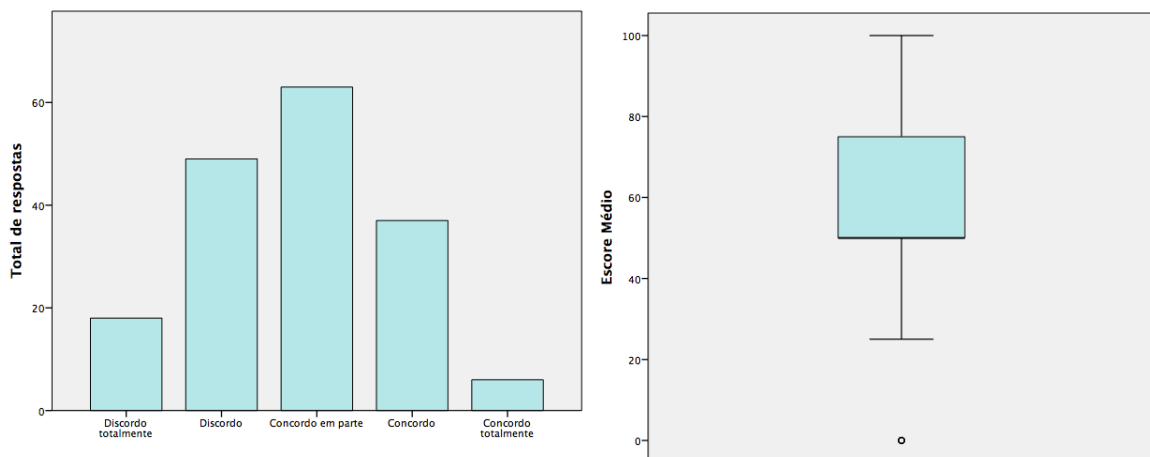
Figura 14. Distribuição das respostas e escore médio da questão 10: Percebo que a Equipe de Estratégia de Saúde da Família é resolutiva na maioria dos casos de saúde mental. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 11 - Tenho dificuldade de estabelecer diálogo com pacientes em sofrimento mental?

A média do escore transformado foi de $55,2 \pm 25,2$ (tabela 2). A maioria dos respondentes concorda em parte que possui dificuldade de dialogar com pacientes em sofrimento mental (36,4%, n=63). Já, 38,7% (n=67) discordam ou discordam totalmente desta afirmação, acreditando sim em seu potencial de dialogar, enquanto 24,9% (n=43) concordam ou concordam totalmente que apresentam dificuldades neste processo (figura 15 e tabela 3).

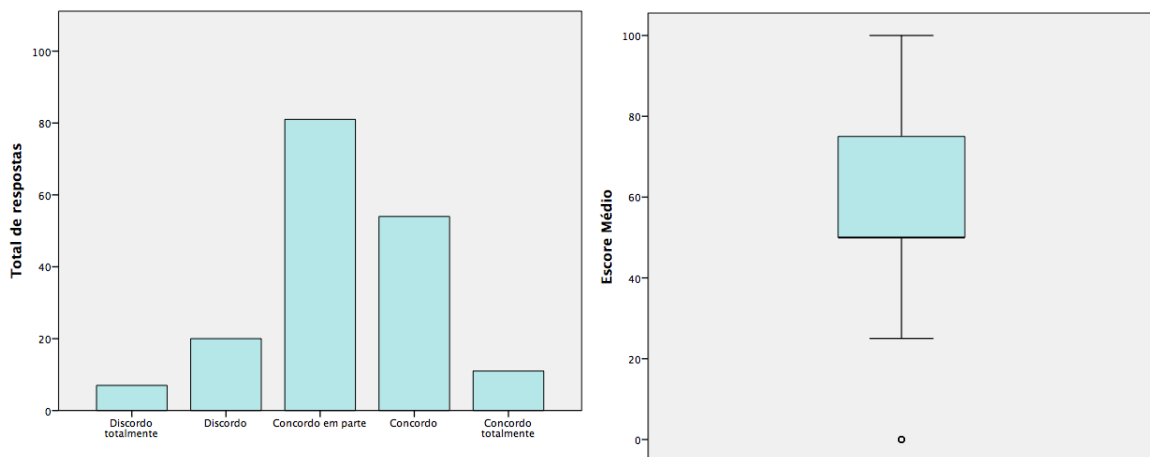
Figura 15. Distribuição das respostas e escore médio da questão11: Tenho dificuldade de estabelecer diálogo com pacientes em sofrimento mental. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 12 - Consigo definir o que é sofrimento psíquico?

A média do escore transformado foi de $56,1 \pm 22,0$ (tabela 2). Boa parte dos participantes da pesquisa concorda em parte quanto à definição de sofrimento emocional (46,5%, $n=80$), além disso, os que somam discordar com discordar totalmente chegam a 15,6% ($n=27$), e os que concordam ou concordam totalmente atingem 37,6% ($n=65$) (figura 16 e tabela 3).

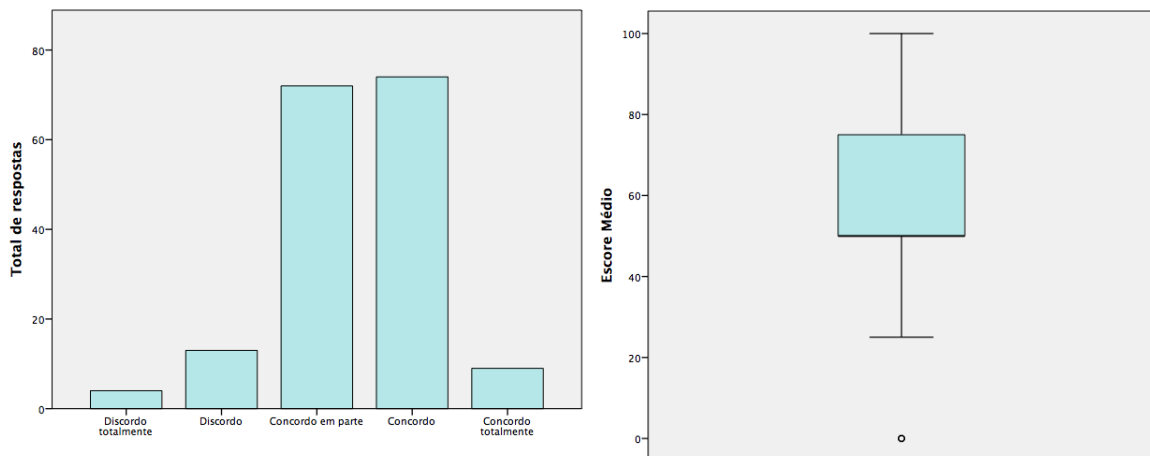
Figura 16. Distribuição das respostas e escore médio da questão 12: Consigo definir o que é sofrimento psíquico. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 13 - Consigo perceber as implicações do sofrimento psíquico para os indivíduos e seus familiares?

A média do escore transformado foi de $60,3 \pm 20,0$ (tabela 2). A grande maioria concorda que a existência de sofrimento emocional traz consequências aos familiares. Entre os que discordam e discordam totalmente soma-se 9,9% ($n=17$) e entre os que concordam e concordam totalmente com esta afirmação 48,2% ($n=83$) (figura 17 e tabela 3).

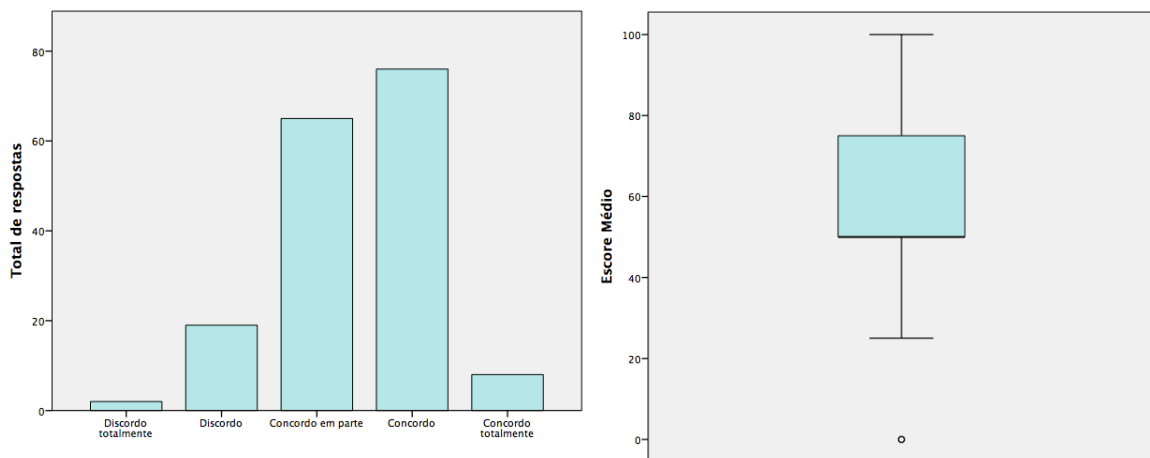
Figura 17. Distribuição das respostas e escore médio da questão13: Consigo perceber as implicações do sofrimento psíquico para os indivíduos e seus familiares. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 14 - Percebo relações entre condições de vida e sofrimento psíquico?

A média do escore transformado foi de $60,2 \pm 19,9$ (tabela 2). Os concordantes são a maioria nesta questão, os discordantes juntos somam 12,4% (n=21) e os concordantes e que concordam totalmente alcançam 49,4% (n=84), sendo analisado que os profissionais percebem sim as condições de vida relacionadas ao sofrimento emocional (figura 18 e tabela 3).

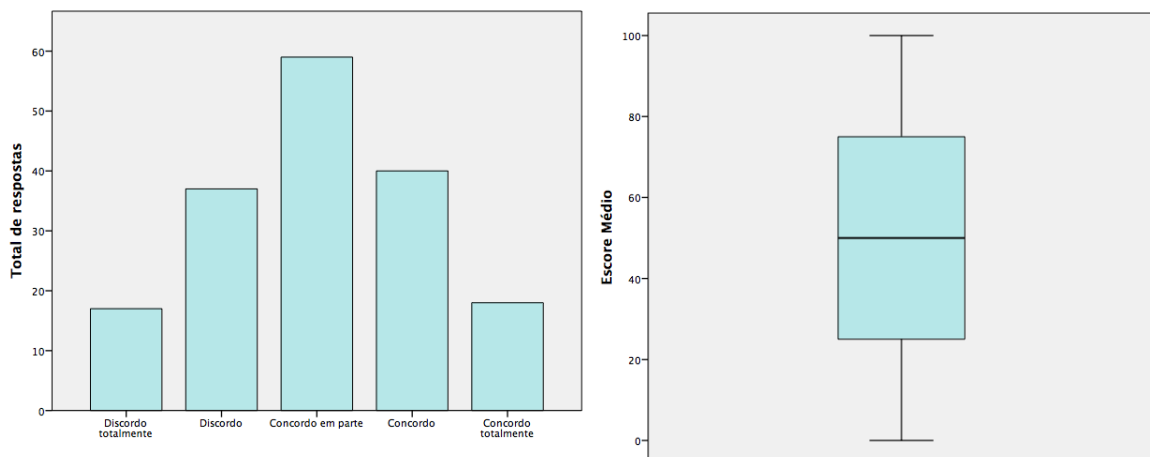
Figura 18. Distribuição das respostas e escore médio da questão 14: Percebo relações entre condições de vida e sofrimento psíquico. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 15 - Consigo acolher pacientes usuários de álcool e outras drogas?

A média do escore transformado foi de $50,7 \pm 28,2$ (tabela 2). Boa parte dos trabalhadores concorda em parte sobre a capacidade de acolher usuários de álcool e outras drogas. Ainda discordam ou discordam totalmente desta informação 31,5% ($n=54$), e concordam ou concordam totalmente 33,9% ($n=58$). Evidenciando que a maioria se considera capaz deste acolhimento na Atenção Básica (figura 19 e tabela 3).

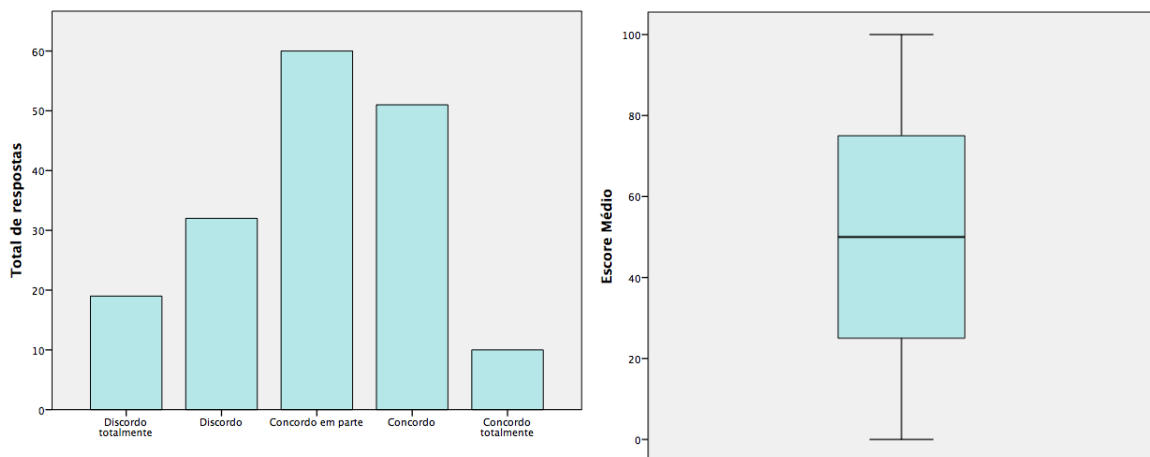
Figura 19. Distribuição das respostas e escore médio da questão 15: Consigo acolher pacientes usuários de álcool e outras drogas. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 16 - Minha equipe se preocupa com a saúde mental de seus integrantes?

A média do escore transformado foi de $60,2 \pm 27,7$ (tabela 2). Uma parcela significativa considera que concorda em partes que a equipe se preocupa com a saúde mental de seus integrantes, os que concordam e concordam totalmente somam 50% ($n=75$), enquanto os discordantes somam juntos 19,4% ($n=33$). Assim, analisa-se que a maioria reconhece que esta demanda é considerável em relação aos colegas de trabalho (figura 20 e tabela 3).

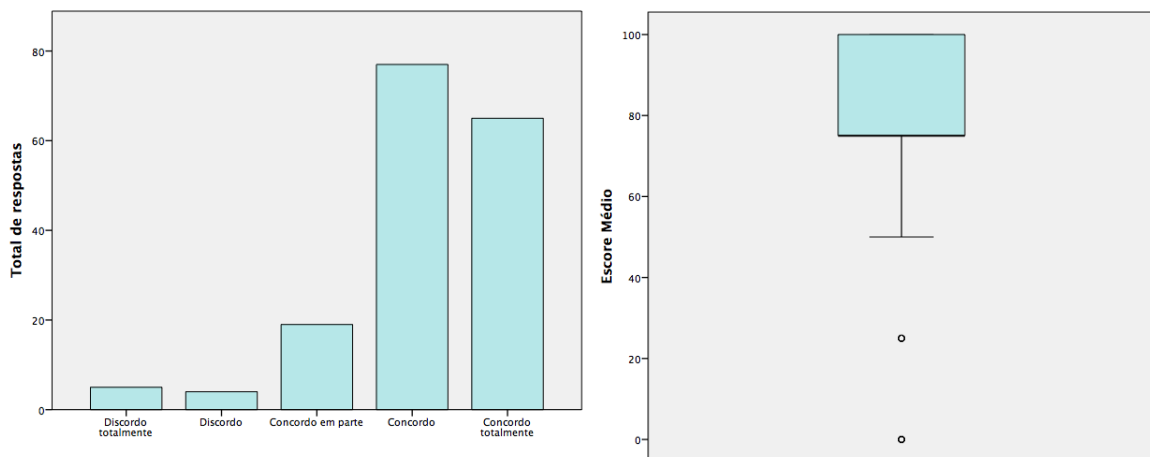
Figura 20. Distribuição das respostas e escore médio da questão 16: Minha equipe se preocupa com a saúde mental de seus integrantes. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 17 - Percebo que o cuidado em saúde mental está além do uso da medicação?

A média do escore transformado foi de $78,4 \pm 22,9$ (tabela 2). Tal questionamento foi o único que apresentou mobilização significativa e alternância do padrão de respostas obtido por todo o restante do questionário. Os que concordam e concordam totalmente que a saúde mental está além do tratamento medicamentoso chegou a 83,5% (n=142), e os que discordaram desta afirmação somaram apenas 5,3% (n=9) (figura 21 e tabela 3).

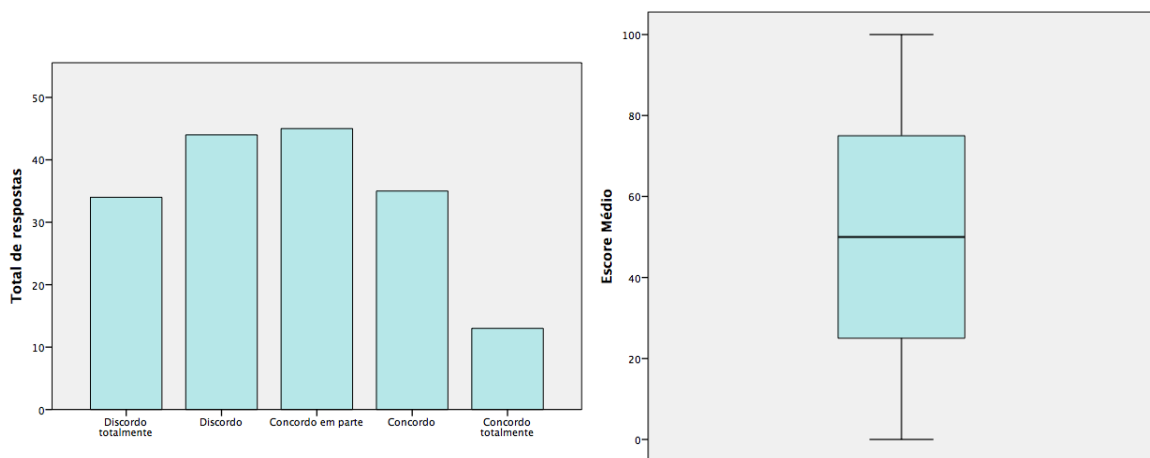
Figura 21. Distribuição das respostas e escore médio da questão 17: Percebo que o cuidado em saúde mental está além do uso da medicação. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 18 – Minha equipe se reúne para discussão dos casos que julga ser complexos em saúde mental?

A média do escore transformado foi de $42,5 \pm 30,4$ (tabela 2). Nesta questão os segmentos mais registrados foram sobre concordar que as equipes se reúnem nas discussões de casos complexos. Os que dizem discordar e discordar totalmente acumulam 45,6% (n=78), e os que acreditam concordar ou concordar totalmente agrupam 28,1% (n=48) (figura 22 e tabela 3).

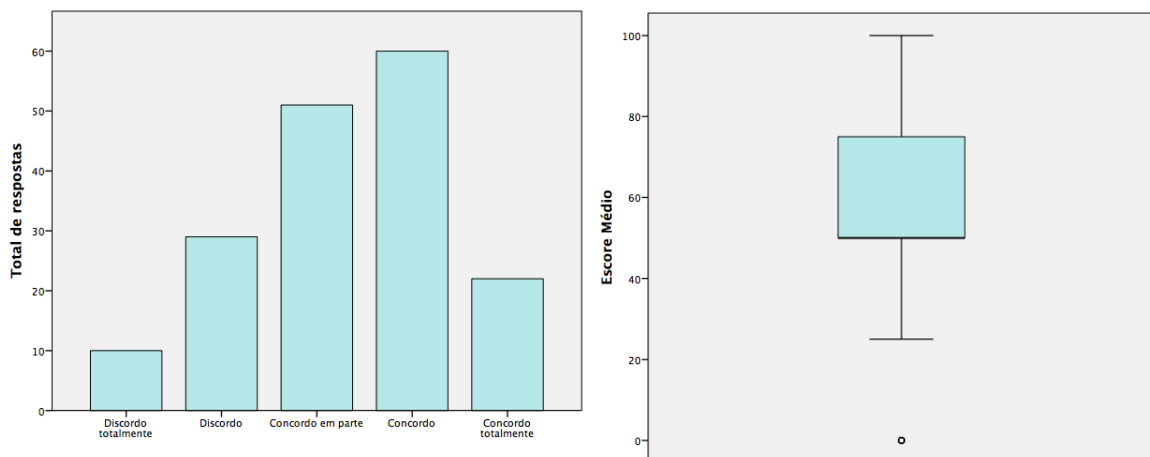
Figura 22. Distribuição das respostas e escore médio da questão 18: Minha equipe se reúne para discussão dos casos que julga ser complexos em saúde mental. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 19 – Minha equipe recebe apoio matricial em saúde mental (por meio do NASF e CAPS)?

A média do escore transformado foi de $58,0 \pm 27,0$ (tabela 2). A parcela mais significativa dos respondentes afirmou concordar sobre o recebimento do apoio matricial, tendo como discordantes e totalmente discordantes, apenas 22,7% (n=39), os demais que concordam e concordam totalmente chegaram a 47,7% (n=82). Evidenciando assim que NASF e CAPS tem fornecido apoio matricial em saúde mental (figura 23 e tabela 3).

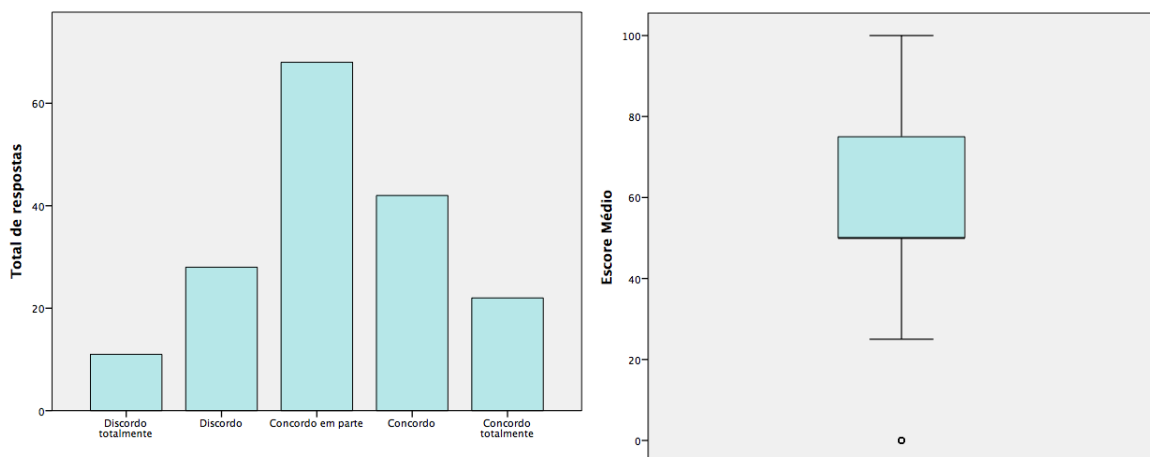
Figura 23. Distribuição das respostas e escore médio da questão19: Minha equipe recebe apoio matricial em saúde mental (por meio do NASF e CAPS). Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



Questão 20 – Minha equipe consegue organizar os atendimentos de acordo com a demanda singular de cada paciente?

A média do escore transformado foi de $55,3 \pm 26,7$ (tabela 2). (figura 23 e tabela 5). Os que concordam em partes correspondem ao maior número de profissionais, entre os que concordam totalmente e concordam, encontramos a porcentagem de 37,5% (n=64) e os discordantes juntos encontram 22,8% (n=39). Representando q a maioria considera organizar adequadamente os atendimentos singularizados (figura 24 e tabela 3).

Figura 24. Distribuição das respostas e escore médio da questão20: Minha Minha equipe consegue organizar os atendimentos de acordo com a demanda singular de cada paciente. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.

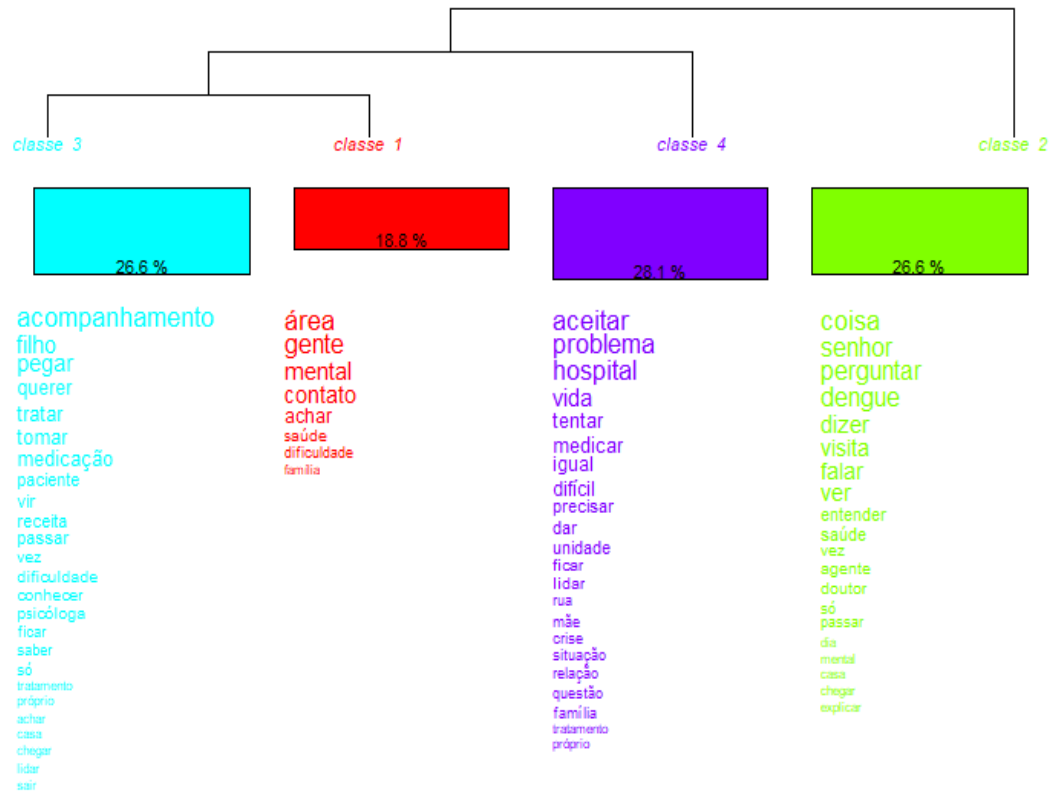


Quatro classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de unidades de segmentos de texto com vocabulário semelhante. Dessa forma, o conteúdo analisado pode ser categorizado em 04 classes conforme as porcentagens de temas no total das entrevistas (figura 26):

- 1) Classe 1 – Dificuldade da ESF com a Saúde Mental - 12/64 – 18,8%
- 2) Classe 2 – Cotidiano dos Profissionais - 17/64 – 26,6%
- 3) Classe 3 – Possibilidades Terapêuticas – Modelo médico-centrado - 17/64 – 26,6%
- 4) Classe 4 – A importância dos medicamentos -18/64 – 28,1%

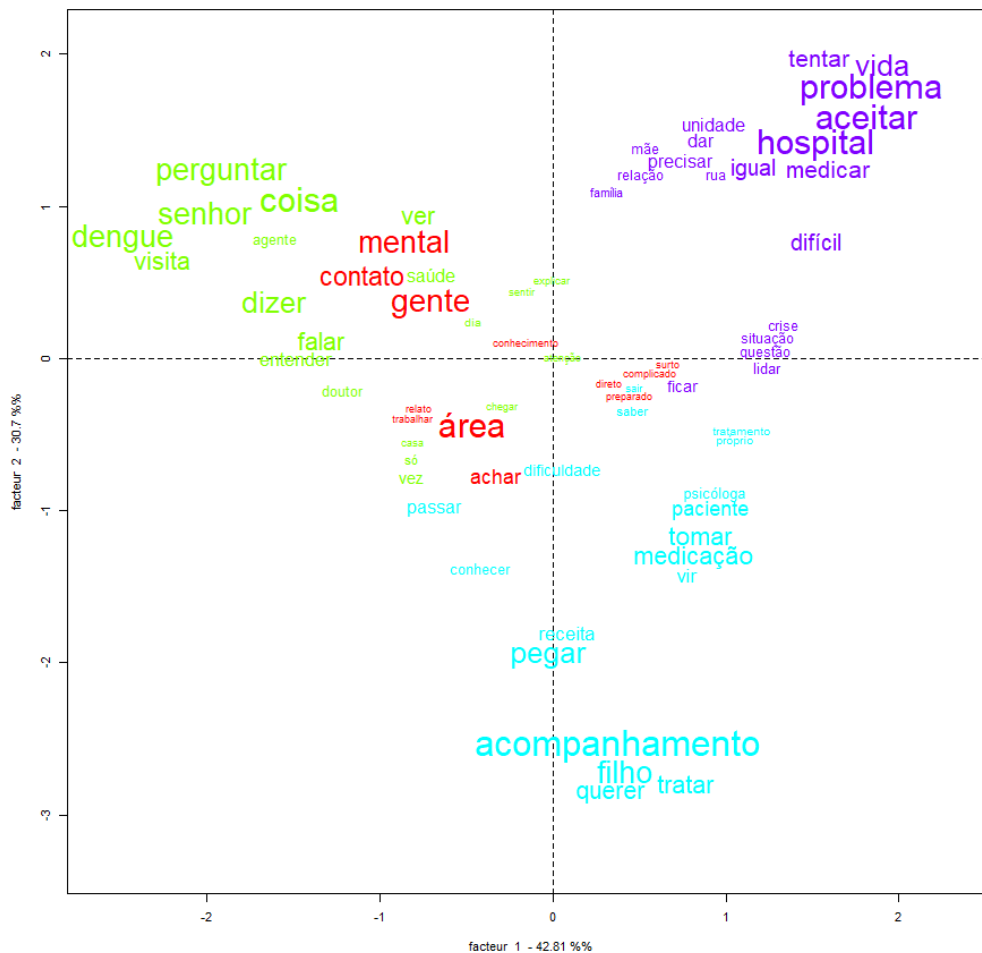
A partir do agrupamento hierárquico dos dados podemos concluir que a classe 1 – Dificuldade da ESF com a Saúde Mental e a classe 3 – Possibilidades Terapêuticas – Modelo médico-centrado apresentam características e perfis semelhantes. A classe 2 – Cotidiano dos Profissionais está contida em todas as classes, e a classe 4 – A importância dos medicamentos contida na classe 1 – Dificuldade da ESF com a Saúde Mental e na classe 3 – Possibilidades Terapêuticas – Modelo médico-centrado.

Figura 26. Classificação das entrevistas com profissionais de atenção básica pelo Método de Reinert: Filograma. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



De acordo com a análise fatorial de correspondência, podemos observar que a Classe 1 – Dificuldade da ESF com a Saúde Mental - transita centralizada e articulando timidamente com as demais que permanecem periféricas. A cor vermelha representa a classe 1 – Dificuldade da ESF com a Saúde Mental, verde a classe 2 – Cotidiano dos Profissionais, azul a classe 3 – Possibilidades Terapêuticas – Modelo médico-centrado e roxo a classe 4 – A importância dos medicamentos (figura 27).

Figura 27. Análise Fatorial de Correspondência das entrevistas com profissionais de atenção básica. Estratégia Saúde da Família, Itumbiara, GO.



7.2.1. Classe 1 – Dificuldade da ESF com a Saúde Mental

A Classe 1 corresponde a 18,75% dos temas no total de textos das entrevistas. As palavras que mais frequentemente se destacaram na classe 1, em ordem de frequência, foram: “área”, “gente”, “mental”, “contato”, “achar”, “saúde”, “dificuldade” e “família”.

A Análise dos dados ao ser comparado com os resultados produzidos pelo programa nos remete a observação de que existe a dificuldade, na área de atuação da Equipe da Estratégia de saúde da família, na realização do contato com os pacientes e familiares de saúde mental.

A palavra “gente” pode ser utilizada no sentido de se referir a si mesmo, na substituição da palavra “eu”, e englobando os demais colegas de trabalho. Neste

ponto observa-se que o vocábulo apareceu com regularidade, mas não apenas indicaria uma quantidade não determinada de pessoas.

Os segmentos de texto separados pelo software nos trazem compreensões acerca da dificuldade em saúde mental da Equipe de Saúde da Família contidos nas entrevistas. Podemos perceber pelas falas, que o contato com os pacientes e familiares tem sido um importante agravante neste processo de relacionamento entre a Estratégia de Saúde da Família e o sujeito a que se destina o cuidado como ilustrados nos trechos:

*“tenho um pouco de dificuldade com **saúde mental** porque a **gente** não tem muito **contato** direto com essas pessoas temos um **contato** meio restrito porque o **contato** maior é com o médico mesmo sou agente de **saúde**”*

*“comigo não houve experiências eu sabia que eram de **saúde mental** pelo relato das famílias, mas cara a cara com eles eu nunca tive **contato** por conta da nossa **área**, não na minha micro **área**, mas na **área** de amigas tinham muitos doentes”.*

Podemos perceber nestes trechos que por vezes os membros da equipe não possuem clareza sobre quais são suas atribuições e não exibiram bem estabelecidas as formas de trabalhar ao lidar com esta demanda, muitas vezes condicionando o cuidado apenas ao médico, se abstendo deste cuidado. Além disso, evidenciam a grande dificuldade de se vincular a sua comunidade.

As entrevistas expressam claramente a dificuldade dos profissionais não se sentirem capacitados a lidar com essa demanda:

*“**achar é irrelevante**, mas tem que ter mais preparo mais conhecimento um estudo mais elevado sobre o que é **saúde mental** porque a **gente** sabe superficial a **gente** não tem aquele aprofundamento né de uma pessoa que precisa realmente”*

*“eu não tenho essa preparação não, tenho essa qualificação sempre conversamos sobre **saúde mental** até simbólico e triste a estatística, mas nossa **área** tem muito até em tom de brincadeira que é a **área** dos doidos”.*

Outro ponto a ser destacado, diz respeito à equipe de saúde perceber a necessidade da atuação na saúde mental e sua diligência, porém não conseguem corresponder sentindo-se inaptos a atuar com essa população. Em outras palavras,

os trabalhadores percebem que não atuam com programas ou processos de trabalho específicos para a saúde mental, mesmo compreendendo a importância no seu território de atuação. Como explicitado pelo trecho:

*“dependendo da receita pra trocar então você não tem aquele grupo igual você tem o grupo de gestantes de hipertenso então de **saúde mental** falta isso aqui até pra **gente** estar identificando”.*

Grupos de gestantes e hipertensos são grupos bem estabelecidos pela unidade de saúde, são processos precisos, já a saúde mental não possui tal operacionalidade. O processo de trabalhar com os pacientes em sofrimento mental não tem protocolos ou formas já estruturadas. A equipe se mostra perdida e sem ferramentas para tal. Além disso, ainda apresentam receio de que os pacientes possam ser agressivos no momento do contato. As representações sociais criadas historicamente são pautadas no distanciamento e no medo, puderam ser explicitadas a seguir:

*“a **gente** tem essas dificuldades agressividade é um complicador o G. não tinha essa dificuldade o E. já tem o J. também não tinha ele andava nas ruas não me sinto preparada **acho** que é uma **área** bem complicada”.*

*“e a **gente** não tem assim sobre **saúde mental**, a **gente** fica assim com receio sobre o que vai encontrar se for pra **gente** ir trabalhar e a **gente** saber o que a **gente** vai encontrar”.*

*“e eu tinha pessoas que tinham surto mesmo que a **gente** não podia ficar sozinha com eles, mas não na minha **área**”.*

*“o dialogo é sempre com a família pra falar a verdade **acho** que poderia fazer mais, mas, pelas dificuldades a **gente** faz o que pode o E. não tinha como entrar na casa dele porque se ele surtar ele agride”.*

Conforme ilustrado pelos trechos acima, o vocábulo “área” foi utilizado em duas formas de compreensão, podendo ser entendido como a área circunscrita do

território de atuação da Equipe de Saúde da família, composto por um conjunto de micro áreas, além de também representar a área, ou a parte da saúde a que se destina o estudo, a saúde mental.

Pode-se concluir ainda que os funcionários da saúde da família se percebem carentes de apoio matricial a ser realizado pela unidade de referência em saúde mental do município, percebendo que sua atuação na ESF se encontra limitada. Os profissionais não conseguem implantar outras possibilidades de recursos sem o suporte adequado, sentindo-se limitados e inseguros em lidar com os pacientes de saúde mental.

*“e aí a **gente** tem um pouquinho de dificuldade porque a **gente** não tem muito aquela informação e **contato** com o CISME né e tudo o mais”*

O trecho ilustrado acima demonstra que a rede de atenção à saúde não tem vigorado, os serviços de saúde responsáveis pelo cuidado de saúde mental não se articulam para proporcionar uma melhora forma de acolhimento e possibilidades de acompanhamento para os pacientes em sofrimento mental.

Apesar da representação social em vigor ser construída no medo, podemos compreender que os trabalhadores conseguem em alguns momentos observar além do proposto, na não taxação simplesmente do transtorno mental, buscando o olhar ampliado.

*“hoje esta de um jeito amanhã de outro e será que vamos só taxar de doente **mental** e por traz da historia”*

7.2.2. Classe 2 – Cotidiano dos Profissionais

A Classe 2 corresponde a 26,56% dos temas no total de textos das entrevistas. As palavras que mais frequentemente se destacaram na classe 2, em ordem de frequência, foram: “coisa”, “senhor”, “perguntar”, “dengue”, “dizer”, “visita”,

“falar”, “ver”, “entender”, “saúde”, “vez”, “agente”, “doutor”, “só” “passar”, “dia”, “mental”, “casa”, “chegar”, “explicar”.

Ao se comparar os vocábulos destacados pelo software e a análise realizada, podemos afirmar que a classe 2 representa as ações que os profissionais realizam diariamente na Estratégia de Saúde da Família, como: “ver”, “falar”, “entender”, “passar”, “explicar”, “perguntar”, especialmente por meio das “visitas”, compreendendo as relações de contato entre os sujeitos, “doutor”, “senhor”, na abordagem da “saúde” “mental”.

O vocábulo “coisa” é utilizado frequentemente no interior de Goiás, local de realização deste estudo, como vício de linguagem. No contexto dos textos analisados, pode ser entendido como objetos inanimados aos quais não se sabe nomear, além de também representar algo que não se quer. A palavra também esteve em contexto de representar ligações, relações e vínculos do que está se falando ou tratando e na expressão de fatos que já ocorreram.

Podemos perceber a partir dos segmentos de texto destacados acima, a visibilidade das possibilidades de atuação da equipe de saúde da Família, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam diariamente na realização de Visitas Domiciliares. As ações executadas por meio destas relações no trabalho incluem a sensibilidade de se olhar, de se comunicar, buscando o entendimento das realidades de vida de cada paciente, para a compreensão de estratégias de cuidado em saúde.

*“especialmente quando estou só eu, chego e relato todas as **coisas** não só **saúde** mental às **vezes** grávida de risco pessoas que moram em barracos que são maltratados tudo eu repasso, relato mesmo”.*

*“esses dois de **saúde** mental que eu tive assim mais experiência como meu trabalho eu me sinto satisfeita sim porque eu faço as orientações **pergunto** o que está precisando **pergunto** tudo referente ao meu serviço”.*

Nos segmentos destacado abaixo, foi ressaltado uma possibilidade de atuação percebida pelo profissional, como o fornecimento da Atenção, partindo da visão de que a população se encontra carente de alguém que lhe escute e que o veja. Assim, mesmo apresentando dificuldades em sua atuação, sentindo-se

limitados (como evidencia os segmentos de texto da classe 1), os profissionais conseguem perceber sua importância na realidade dos sujeitos com quem se relacionam.

*“e aí às **vezes** as pessoas se abrem com a gente e nesse sentido aí eu fico satisfeita porque aí eu posso dar uma atenção e só de você dar atenção no que a pessoa tem pra **falar** já é uma **coisa**”.*

Pode-se ainda perceber pelas falas que existe também certa dificuldade na expressão da fala dos profissionais direcionadas ao paciente de saúde mental, percebendo-o como incapaz de adquirir informações pragmáticas, havendo a necessidade de o contato ser limitado ao familiar.

*“com relação à **senhora** eu me senti culpada porque eu fazendo uma **visita** pra uma pessoa que não está totalmente bem sozinha eu **falei** com a **doutora** que eu tenho até medo porque vai que some alguma **coisa**”*

*“**senhora** o talãozinho da **senhora** está aqui aí ela **disse** coloca pra mim na caixa, aí eu **vi** que ela já não **entendeu**, aí eu **falei** não posso pegar esse talão da **senhora**”.*

*“porque como ela vai **entender** se eu **disser** olha dona, a **senhora** tem diabetes lá vai ter o hiperdia se tiver alguém na casa aí sim”.*

*“aí eu **disse** que não que lá era uma unidade de **saúde**, mas que lá próximo vendia pensei que ela tinha confundido o endereço eu expliquei, aí como ela estava só era a primeira **vez** que eu tinha **visto** ela sobre o entendimento do que eu **falo**”.*

*“eu estava em outro quarteirão trabalhando eu **vi** o carro eu sai correndo pensando que o carro estava chegando **falei** oi tudo bem sou **agente** de **saúde** passei aqui outro dia estava só sua mãe”.*

Outro termo destacado nesta classe foi “dengue”. No município, a patologia dengue se faz presente nos períodos endêmicos com grande representatividade na saúde. Por determinados ciclos as Agentes Comunitárias de Saúde são deslocadas de suas funções na ESF para se dedicar ao controle territorial. Dessa forma o

vocábulo “dengue” foi substantivado como força da estrutura do processo de trabalho exercido. A dengue é vista como um trabalho concreto, já a saúde mental não.

*“e eu tive certa dificuldade, passaram e deixaram um talão no correio dela ai eu bati palma **perguntei** se eu poderia entrar pra fazer a **visita da dengue** ela **disse** que eu podia e eu **falei**”*

*“expliquei que sou **agente de saúde** do postinho ai eu me lembrei do nome dela que tinha sido cadastrado aí olhei o quintal da **dengue** tudo certinho ai eu **perguntei** se ela conhecia nosso postinho ela **disse** que não”*

*“na **visita** o acs não está somente mais nas famílias cadastradas são as cadastradas e não cadastradas fazendo também as **visitas da dengue** eu passei esses dias numa **senhorinha** que era da **saúde mental**”.*

*“a gente fazia o que podia fazer ele era acumulador de **vez** em quando chamava o pessoal da **dengue** e tirava 3 caminhões de lixo da casa dele sempre o contato era pela vizinha”*

Destacam-se ainda outro segmento de texto que os profissionais refletem a respeito do que pode ser considerada a saúde mental. Os entrevistados compreendem o processo de variabilidade científica e tentam compreensão além do superficial.

*“eu **vejo a saúde** mental hoje como se você bebe um rivotril um diazepam uma **coisa** assim já é considerado mental e na minha concepção eu não **vejo** assim eu **vejo** que isso vai além a gente vai além”*

*“já **vi** muita mudança na ciência, vitamina D é boa pra isso amanhã já não é mais, ovo não podia comer hoje já é recomendado comer ovo é uma **coisa** assim de mudanças que envolvem o ser humano”.*

Noutro trecho, os sujeitos revelam sua dificuldade com o paciente por considerar não possuir conhecimento suficiente para realizar seu tratamento, ação que desencadeia o imediato encaminhamento ao serviço de referencia.

“porque a gente vê o que pode ser feito e muitas vezes passamos pra frente e não temos retorno. Não tenho qualificação específica que me autorize e me habilite a trata_lo a habilitação seria o conhecimento”.

Podemos destacar ainda outra seção que afirma que usualmente encaminha o paciente ao serviço de referência ou solicita uma consulta médica, não visibilizando outras possibilidades de acompanhamento pela ESF, senão o modelo focado no médico ou em medicamentos.

“se eu tiver alguma duvida vou à enfermeira converso com ela aí geralmente a gente sempre encaminha a pessoa para o cisme ou então pede a pessoa pra poder consultar com a doutora”.

7.2.3. Classe 3 – Possibilidades Terapêuticas – Modelo médico-centrado

A Classe 3 corresponde a 26,56% dos temas no total de textos das entrevistas. As palavras que mais frequentemente se destacaram na classe 3, em ordem de frequência, foram: “acompanhamento”, “filho”, “pegar”, “querer”, “tratar”, “tomar”, “medicação”, “paciente”, “vir”, “receita”, “passar”, “dificuldade”, “conhecer”, “psicóloga”, “ficar”, “saber”, “só”, “tratamento”, “próprio”, “achar”, “casa”, “chegar”, “lidar”, “sair”.

Analisando as palavras destacadas pelo programa, podemos afirmar que nesta classe ressaltaram-se as possibilidades de acompanhamento e tratamento dos pacientes acompanhados pelo ESF identificados pelos profissionais, enunciando dificuldades e possibilidades de lidar com as demandas relativas ao conhecimento dos recursos terapêuticos disponíveis no município.

Os segmentos destacados acima trazem questões relativas às possibilidades terapêuticas abordadas pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família. Pode-se compreender que a ESF possui processos de trabalho estabelecidos quanto a

quantificar os usuários que fazem uso de medicamentos psicotrópicos, porém desconectados de seu acompanhamento pela Estratégia.

*“a minha maior **dificuldade** é o **paciente** estar só sabe a **filha** dela me **passa** a **medicação** que tudo de controle que ela **toma**”.*

*“pedi a ela pra marcar uma hora pra eu poder visitar e **pegar** as **medicações** que ela **toma** aí ela tinha no celular eu já copieei porque ela estava com pressa e ela me **passou** do lado de fora mesmo, mas é essa a **dificuldade** que eu tenho”.*

*“então a **dificuldade** de identificar se é um surto ou uma situação passageira não é porque eu **tomo** rivotril diazepam que eu sou um desequilibrado. Posso até não **tomar** nenhum remédio e ficar desequilibrado também”.*

Em um dos trechos um dos profissionais levanta a possibilidade de que o paciente não faz acompanhamento por não estar presente na unidade, não levando em conta que o seguimento deste paciente independe dele frequentar a unidade de saúde ou passar por consultas médicas naquele ambiente.

*“ai na segunda **vez** eu já **passei** quem estava era a **filha** aí já **peguei** os nomes das **medicações** que ela **toma** já expliquei novamente a rotina do posto de saúde ela não fazia **acompanhamento** nem tinha **vindo** aqui ainda”.*

Outro ponto a se destacar, refere-se à sensibilidade praticada pelos profissionais na percepção e no tratamento dos sinais que o paciente de saúde mental expressa neste contato. Os profissionais conseguem perceber claros sinais de impaciência, irritabilidade, e se adequam para a resposta a esta demanda, proporcionando maior resolutibilidade no local de trabalho. Porém quando o paciente apresenta dor, torna-se mais difícil sua percepção. O que pode evidenciar possível dificuldade no fornecimento do olhar integral a este sujeito.

*“aqui na recepção fazemos o possível pra **tratar** os **pacientes** bem. Já entendemos o que os **pacientes** **querem**, **conhecemos** todos da área às **vezes** chega um que*

*sabemos que não tem paciência de esperar já **pegamos** a **receita** até a doutora mesmo já **conhece**".*

*"eu achando que ele **queria** só a **receita** ele **queria passar** por consulta médica nesse dia ele ficou agitado porque eu não soube como lidar o próprio pai não soube lidar com o **filho** ele estava com dor".*

Em muitos trechos evidencia-se que o acompanhamento realizado pela Unidade de Saúde tem se restringido à renovação de receitas e quantificação das mesmas, sem vislumbrarem outras possibilidades de lidar com os desafios apresentados neste seguimento. Os profissionais percebem que após um episódio de crise o acompanhamento idealmente deveria ser realizado pela ESF, porém não o fazem.

*"a questão até da própria aceitação e ai acaba que ficamos um pouco distantes desses **pacientes** e você também não tem aquele acesso à pessoa. Ela às **vezes vem** pra **pegar receita**".*

*"mas quando você joga pro lado de que vou te ajudar você vai fazer um **acompanhamento** agora com o profissional tal ela já fala dessa profissional, ou seja, ela **conhece** todas as **medicações**".*

A seguir, pode-se interpretar também que existe disponível na Unidade Básica de Saúde outro recurso terapêutico que diz respeito ao fornecimento de atendimento psicológico pela apoiadora do NASF. Entretanto, os profissionais não consideraram como se deve suceder tal processo.

*"e também a **psicóloga vem** do NASF. Ela **vem** toda quarta feira à tarde e fica até aqui no consultório do dentista ai geralmente a pessoa que **toma** a **medicação** a gente comunica a população que tem a **psicóloga** e se a pessoa **quiser** ela pode vir consultar"*

*"ai associa o tratamento psicológico com a **medicação** às **vezes** a pessoa não **toma** a **medicação** e faz o atendimento só psicológico da minha área não tem nenhum que faz **acompanhamento** com a **psicóloga**".*

O próximo segmento de texto que chama a atenção fala sobre o profissional obter percepções com relação aos acontecimentos no território, contudo, não domina a aplicabilidade disto junto ao usuário do serviço. Se uma mãe não sabe lidar com o filho, deixando-o mais agressivo, tal fato incide diretamente na sua saúde mental, podendo o mesmo ser medicado desnecessariamente devido a uma condição territorial percebida pelos profissionais da Atenção Básica.

*“a **dificuldade** de sair 5 da manha pra ir no CISME a T. o **filho** dela me falou que ela é muito difícil em casa mas acho que é o jeito que ela **trata**”.*

Ficou evidenciada também a compreensão dos profissionais de que os pacientes permanecem muito tempo na unidade de referencia em saúde mental do município e não seguem o acompanhamento na Atenção Primária.

*“não tem **acompanhamento** direto no território não só fica sabendo pelos familiares acompanhar diretamente assim não. Tem alguns relatos dos familiares, mas diretamente assim não. Tenho alguma **dificuldade** por conta que a gente não tem muito conhecimento”.*

*“então você tem que **tratar** a crise o **paciente** saiu da crise ele vai embora está de alta aí ele teria que ter aquele **acompanhamento** seria na atenção básica, então assim tem essa falha um pouco”.*

*“a **dificuldade** de acesso ao **paciente** por **vezes** os **pacientes** não chegam até aqui a maioria fica no CISME tem o tratamento lá às **vezes vem** aqui rotineiramente a cada 03 ou 06 meses”.*

Citam também a dificuldade para se conseguir uma consulta especializada, necessitando acordar às 5 da manhã para seu agendamento. A partir disso, pode-se interpretar que os serviços de saúde têm funcionamentos independentes, sem diálogo na Rede de Atenção à saúde, prejudicando o acompanhamento dos pacientes em sofrimento mental do município.

“e aí eu não sei exatamente como que lá funciona o que eu posso fazer pra auxiliar a pessoa”.

7.2.4. Classe 4 – A importância dos medicamentos

A Classe 4 corresponde a 28,12% dos temas no total de textos das entrevistas. As palavras que mais frequentemente se destacaram na classe 4, em ordem de frequência, foram: “aceitar”, “problema”, “hospital”, “vida”, “tentar”, “medicar”, “igual”, “difícil”, “precisar”, “dar”, “unidade”, “ficar”, “lidar”, “rua”, “mãe”, “crise”, “situação”, “relação”, “questão”, “família”, “tratamento”, “próprio”.

A análise dos segmentos de texto da classe 4 diz respeito às dificuldades na aceitação dos problemas e tratamentos propostos, além da lida da unidade de saúde com os momentos de crise, recorrendo com frequência ao cuidado hospitalar. Aborda também a importância do tratamento medicamentoso e questões familiares.

Os profissionais da ESF percebem nos segmentos de texto destacados a importância do tratamento medicamentoso, porém não destacam demais alternativas de enfrentamento a crises nos pacientes de saúde mental mesmo dispondo de uma equipe multidisciplinar. Nesse sentido, experimentam dificuldades em lidar com situações de conflito, não visualizando novas possibilidades senão com as medicações e o cuidado médico.

*“eu creio que **precisa** de mais preparo mais conhecimentos mais técnicas de como **lidar** com aquele **problema** de imediato porque uma pessoa **medicada** é fácil você cuidar dela uma pessoa que não está **medicada** que está surtada já é mais **difícil** até pra uma equipe **igual** tem aqui”*

*“não aposentava a **mãe** dele idosa diabética então agora tem pouco tempo que descobri que ele está **medicado**, mas a **vida** inteira estarmos **tentando** com a família que ele fosse **medicado** porque ele **ficava** na **rua**”.*

*“agora os casos mais complicados geralmente são pela família **igual** o J. agora ele está **medicado**, mas a **vida** inteira ele teve uma depressão e desenvolveu isso e foi **ficando** na **rua** ele rasgou os documentos”.*

“e aí ela não **aceitava** tomar a medicação e, além disso, ela era deficiente física então era aquela complicação ela também **tentou** fazer o tratamento com a psicóloga que vem aqui na **unidade**”.

“aí ela **aceitou** tomar a medicação e **ficou** 100 por cento, mas eu mesma assim não tenho uma dificuldade pra relatar o que eu posso fazer porque geralmente quem toma esse tipo de medicação está com depressão”.

“porque a gente vê pessoas que estão em **crise** você **dá** um sossega leão nelas e pra saber o que faz depois ou pode acontecer **igual** em São Paulo que o cara surtou e a polícia foi lá e matou ele”.

Nessa perspectiva, reconhecem a importância e se mostram sedentos por mais preparo, mais conhecimentos e novas capacitações. Os trechos deixam claro que os entrevistados entendem a demanda de saúde mental em evidência em todo o mundo.

“ele não tinha **problema** mental, mas estavam investigando antecedentes eu vejo que **igual** está tão assim parece que no mundo esta aflorada a **questão** da saúde mental a **vida** corrida demais as **situações** de stress”

“de emergência tudo é urgente, a pessoa não está sabendo **lidar** com sua própria **vida** quando você chega em uma pessoa que esta super estressada se você direcionar para ela alguma coisa que ela não gosta ela já explode e isso pode ate ser considerado um surto”.

Além disso, em outros segmentos, os trabalhadores da saúde demonstram tentativas de intervenções e aceitação de tratamentos medicamentosos mesmo com as negativas dos pacientes e familiares, demonstrando que se empenham na responsabilização e na vinculação que possuem com a comunidade.

“mas mesmo assim ela não **aceitava** e assim **ficava** mais **difícil** de conviver com ela de ajudar ela com o tempo não foi aqui na **unidade**, mas ela resolveu **aceitou**”.

*“porque era muito **difícil** conviver com ela. Ela vivia em conflito com a família e tudo aí depois ela **aceitou** eu não sei explicar, mas não tem uma **relação** direta com a **unidade**”.*

*“a experiência com uma paciente eu a visitava e ela tinha dificuldade de me **aceitar** ela oscilava entre a consciência e o **problema** dela”.*

Outro ponto que chama a atenção é a dificuldade de espaços e momentos que possam ocorrer discussões sobre os casos de crises e problemas trazidos da comunidade. Prejudicando assim a elaboração conjunta do Projeto Terapêutico Singular, a consequente dificuldade de pactuação com os usuários do serviço sobre seu processo de cuidado pela Atenção Básica. Além de não trabalhar as representações sociais de medo e agressividade que os profissionais apresentam sobre os pacientes.

*“quando ela morreu a **situação ficou** mais **difícil**, numa **tentava** foi para o **hospital** e de lá ele saiu controlado nunca teve espaço pra discutir na equipe sobre saúde mental não teve espaço específico sobre isso pra reunir”.*

Dessa forma, em alguns trechos, percebe-se que, assim como na classe 1, ocorrem as dificuldades de se estabelecer um relacionamento direto e o contato entre a unidade básica de saúde e os pacientes. Podendo-se interpretar assim, que esta não tem sido a porta de entrada para os demais pontos de Atenção a Saúde.

*“o M. a **mãe** dele sabe de tudo ela tem as medicações os exames que ele fez aí eu já me sinto mais confortável mas o meu **problema** mesmo é se não tiver um acompanhante”*

Em diversos trechos os profissionais ressaltam a importância do cuidado do hospital na saúde mental e muitas vezes se retiram desse cuidado, não conseguindo exhibir qual seu papel de atuação nesta área. Inclusive realçando a herança cultural de quem trabalhava anteriormente na unidade hospitalar e ainda carrega consigo processos de trabalho daquele local, não tendo passado pela adaptação que Atenção Básica exige.

“eu me sinto preparada porque pela **questão** que eu tenho de longa data com **relação** até no próprio **hospital** de **lidar** com vários tipos de pessoas assim você tem aquele carinho diferenciado que são pessoas que realmente **precisam** de atenção e a gente busca fazer isso: **dar** atenção”

“comia lixo as pessoas **davam** comida pra ele, ele surtava e **ficava** pior ele não tomava banho conseguiu controlar agora porque **deu** uma bicheira na perna que **precisou** ir para o **hospital** pra uti”

“ela é uma pessoa que **precisa** de ajuda, porém tudo que você oferece pra ela tem uma justificativa. Ela sai, inclusive ela já **ficou** internada no **hospital** ela faz tratamento no CISME com o dr..”

“teria que implantar essa rotina teria que ter esse tipo de cuidado aí porque o **hospital** você está ali pra fazer o que: os cuidados, prestar o atendimento emergencial a aquele paciente que já está em **crise**”.

Tabela 5 - Divergências e convergências nos resultados observados na análise das questões em escala do tipo Likert e das questões abertas do roteiro semiestruturado para entrevista.

Questão	Resultados Quantitativos (Questionários)	Resultados Qualitativos (Entrevistas)	Convergem ou Divergem
1) Já recebi treinamentos que me tornaram APTO a atuar em Saúde mental na ESF?	37,4% Discordam 36,8% Concordam em partes 25,8% Concordam	Profissionais dizem não se sentir APTOS	Convergente
2) Eu me sinto capacitado para trabalhar com saúde mental na Estratégia de Saúde da Família?	37,4% Discordam 39,7% Concordam em partes 23% Concordam	Profissionais dizem não se sentir Capacitados	Divergente
3) Você continua acompanhar os pacientes que são encaminhados para unidades de Saúde Mental?	32,9% Discordam 19,1% Concordam em partes 48% Concordam	Não possuem informações referentes ao seu seguimento depois de referenciar	Divergente
4) Sinto dificuldade para fornecer atendimento aos pacientes de Saúde mental?	29,1% Discordam 25,6% Concordam em partes 45,4% Concordam	Profissionais dizem apresentar dificuldades para fornecer atendimento em saúde mental	Convergente
5) Tenho acesso a dados sobre quantidades de pacientes assistidos que demandam cuidados em saúde mental?	50,3% Discordam 22,5% Concordam em partes 27,1% Concordam	Tem acesso aos dados registrados nos cadernos de (quantificação do número de pacientes usuários de medicamentos psicotrópicos)	Divergente
6) Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em livros e protocolos?	45,3% Discordam 32,4% Concordam em partes 22,4% Concordam	Não percebem a prática não é baseada em livros e protocolos	Convergente
7) Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em treinamentos prévios?	48% Discordam 24,9% Concordam em partes 27,1% Concordam	Não percebem a prática não é baseada em treinamentos prévios	Convergente
8) Sinto que os usuários de saúde mental estão satisfeitos com o serviço fornecido pela Estratégia de Saúde da Família?	29,6% Discordam 34,9% Concordam em partes 35,5% Concordam	Equipe não percebe que a estratégia tem sido resolutive, porém percebem sua importância na comunidade	Divergente
9) Consigo identificar com facilidade a queixa dos pacientes em sofrimento psíquico?	18,5% Discordam 40,5% Concordam em partes 41,1% Concordam	A equipe apresenta dificuldades no acesso e vinculação com os pacientes	Divergente
10) Percebo que a Equipe de Estratégia de Saúde da Família	37,6% Discordam 39,9% Concordam	Percebem que a equipe referencia a maior parte	Divergente

é resolutive na maioria dos casos de saúde mental?	em partes 22,6% Concordam	dos casos para a unidade de referencia	
11) Tenho dificuldade de estabelecer diálogo com pacientes em sofrimento mental?	38,7% Discordam 36,4% Concordam em partes 24,9% Concordam	Percebem dificuldades para dialogo, contato e acesso aos pacientes	Divergente
12) Consigo definir o que é sofrimento psíquico?	15,6% Discordam 46,8% Concordam em partes 37,6% Concordam	Apresentam dificuldades na definição	Divergente
13) Consigo perceber as implicações do sofrimento psíquico para os indivíduos e seus familiares?	9,9% Discordam 41,9% Concordam em partes 48,2% Concordam	Percebem as implicações, porém apresentam dificuldades na sua abordagem	Convergente
14) Percebo relações entre condições de vida e sofrimento psíquico?	12,4% Discordam 38,2% Concordam em partes 49,4% Concordam	Percebem estas relações, mas apresentam dificuldades na sua abordagem	Convergente
15) Consigo acolher pacientes usuários de álcool e outras drogas?	31,5% Discordam 34,5% Concordam em partes 33,9% Concordam	Apresentam dificuldades de acolher os pacientes, demandando apoio da família	Divergente
16) Minha equipe se preocupa com a saúde mental de seus integrantes?	19,4% Discordam 30,6% Concordam em partes 50% Concordam	Profissionais não esclarecem tal questão nas entrevistas, mas se apoiam entre si	Convergente
17) Percebo que o cuidado em saúde mental está além do uso da medicação?	5,3% Discordam 11,2% Concordam em partes 83,5% Concordam	Não concebem outras alternativas terapêuticas	Divergente
18) Minha equipe se reúne para discussão dos casos que julga ser complexos em saúde mental?	45,6% Discordam 26,3% Concordam em partes 28,1% Concordam	Profissionais dizem que não há espaços claros destinados a tais discussões	Convergente
19) Minha equipe recebe apoio matricial em saúde mental (por meio do NASF e CAPS)?	22,7% Discordam 29,7% Concordam em partes 47,7% Concordam	Relatam não receber apoio do NASF, além de não conceber claramente sua aplicabilidade	Divergente
20) Minha equipe consegue organizar os atendimentos de acordo com a demanda singular de cada paciente?	22,8% Discordam 39,8% Concordam em partes 37,5% Concordam	A equipe percebe que não tem conseguido acessar todos os pacientes para um acompanhamento adequado	Divergente

60% de Divergências e 40% de Convergências entre as respostas

8. DISCUSSÃO

A partir dos dados expostos anteriormente, podemos discorrer sobre o cruzamento dos resultados qualitativos e quantitativos, na busca de explicações e enquadramentos possíveis resultantes desta pesquisa.

As questões do questionário Likert trouxeram a luz dificuldades e potencialidades dos profissionais da Atenção Básica de Itumbiara. Numa primeira análise, pode-se verificar o obstáculo de se expressar uma opinião que não seja equânime, podendo-se considerar a possibilidade de desmotivação do profissional na resposta aos questionários, além da dificuldade de entendimento do questionário ou ainda a complexidade em expor determinada opinião da qual o profissional possa se sentir julgado.

Os questionários apontaram adversidades e conveniências dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família como exemplos: eles não se sentem plenamente capacitados para lidar com a demanda de saúde mental, além de não perceberem os treinamentos recebidos como efetivos neste cuidado. Os resultados encontrados na pesquisa abordaram o entendimento dos profissionais que disseram compreender satisfatoriamente o sofrimento emocional e suas consequências no convívio familiar e social, e também consideraram adequado o acolhimento de usuários de álcool e outras drogas, o recebimento de apoio matricial foi percebido como suficiente e a organização dos processos de trabalho foi visto como oportuno a cada demanda singular.

Já as entrevistas expressaram maiores incômodos quanto a prática dos profissionais. Evidenciaram as dificuldades no contato com os pacientes e familiares em sofrimento mental, trouxeram representações das ações nas atividades diárias dos profissionais, suas possibilidades de acompanhamento e alternativas terapêuticas disponíveis no município, além das incertezas vivenciadas, a dificuldade de aceitação das unidades de saúde por parte dos pacientes.

A análise das entrevistas evidenciou que os profissionais não se sentem capacitados em lidar com demandas de saúde mental, com receios no contato com o paciente, o que converge com os dados dos questionários que demonstraram uma maioria discordando sobre o recebimento de treinamentos que o tornaram aptos a trabalhar com esse público e não se sentindo totalmente capacitados para trabalhar na área. Além disso, nos segmentos de texto, os trabalhadores deixam claro que

não atuam com processos de trabalho específicos para a saúde mental. Nos questionários, a maioria concorda em partes que seguem protocolos de livros, cursos ou treinamentos prévios. Os demais respondentes que somados são maioria, dizem não basear sua prática por meio destes dispositivos. Neste íterim, os profissionais reconhecem essa importância e se mostram sedentos por mais preparo, mais conhecimento e novas capacitações. Boa parte dos profissionais concorda que sentem dificuldades em lidar com esta demanda.

Uma parte que chama a atenção nos segmentos de texto, diz respeito aos profissionais se sentirem carentes de apoio matricial, o que aumenta a sensação de incapacidade perante as diligências. Entretanto, de forma oposta, em resposta aos questionários, quando indagados sobre o apoio matricial, a maioria dos respondentes considera que recebe o matriciamento de NASF e CAPS. Neste ponto apresenta-se um entrave nas respostas obtidas. Seria tal apoio resolutivo, uma vez que a Estratégia se vê limitada e insegura em sua atuação em saúde mental? Muitos dos profissionais entrevistados não exibiram conhecer como deveria ser o processo do matriciamento.

Sobre potencialidades, os profissionais se percebem importantes na comunidade em que atuam e na realidade dos sujeitos com quem se relacionam. Empenham-se na vinculação, apesar das dificuldades e se responsabilizam pelas questões afloradas. Os questionários também evidenciaram que a maioria dos respondentes considera que a equipe é resolutiva na maior parte dos casos. Entretanto, as entrevistas revelam que por diversas vezes, a equipe da estratégia obtém a percepção de determinada situação, mas não consegue colocar em prática intervenções adequadas às situações. Além de ainda não perceberem possibilidades no território, sendo por vezes a única alternativa o encaminhamento do paciente à unidade de referência.

Após o encaminhamento, nos questionários, os profissionais evidenciaram a percepção de que continuam seu acompanhamento, porém pelas entrevistas, podemos afirmar que eles não possuem informações referentes ao seu seguimento depois de referenciar. Desta forma, podemos concluir que por vezes os profissionais sabem de seu dever, porém não conseguem aplica-los em sua prática. E ainda, que não conseguem definir como deve ser o acompanhamento em saúde. As entrevistas mostraram falas onde os trabalhadores não souberam estabelecer claramente como deveria ser um acompanhamento adequado.

Um ponto interessante diz respeito ao questionamento de se ter ou não o conhecimento sobre dados e quantidades de pacientes que necessitam de assistência pela estratégia na área de saúde mental. Nos questionários, a maioria afirmou não ter acesso, porém nas entrevistas, os únicos processos de trabalho que se mostraram claros se tratavam de quantificar o número de pacientes usuários de medicamentos psicotrópicos. Assim, pode-se compreender que a quantificação está desconectada do acompanhamento e do conhecimento sobre o processo de trabalho que está sendo executado.

Em muitas falas, os profissionais se encontram com dificuldades no contato e vinculação com os pacientes, e apesar de obterem dificuldades em estabelecerem esta conexão, quanto questionados sobre se perceberem com esta dificuldade, a maioria dos respondentes diz não apresenta-las. Além disso, foi questionado sobre a definição de sofrimento psíquico e suas implicações na realidade dos pacientes, entre eles, a maioria afirma definir com segurança. Sendo assim, as respostas foram incompatíveis.

A questão que saiu do padrão de respostas indagou sobre a visão do cuidado além do uso de medicamentos. A grande maioria respondeu com determinação que o cuidado estaria além, porém nas entrevistas, as formas de acompanhamento disponibilizadas diziam respeito na maioria das vezes ao uso de medicações.

Boa parte dos participantes não concorda com a afirmação que sua equipe se reúne para discutir casos que consideram complexos. Corroborando assim com as falas das entrevistas que evidenciaram dificuldades de espaços e momentos para que ocorram tais discussões, o que pode prejudicar na elaboração de um Projeto Terapêutico Singular e conseqüentemente na organização da agenda da unidade de forma singularizada.

Os dados objetivos não explicitam relações, as entrevistas contextualizaram e aprofundaram no conhecimento da percepção e das práticas dos profissionais. As pesquisas qualitativas buscaram a compreensão dos fenômenos vivenciados, além do processo de construção e suas representações, aprofundando além do olhar comum. (52)

Metodologicamente não há contradições ou oposições entre pesquisas qualitativas ou quantitativas, elas apenas apresentam diferentes características. Enquanto as quantitativas atuam com questões objetivas em níveis de realidade, proporcionando dados, indicadores e tendências observáveis, as qualitativas

trabalham com representatividade, hábitos, crenças, aprofundamento na complexidade dos fenômenos e processos sociais. (52) Assim, o estudo pôde compreender os fenômenos objetivos e subjetivos próprios dos dois tipos de estudos com resultados ora convergentes, ora divergentes, trazendo possibilidades de contextualização e aprofundamentos das questões práticas.

Após toda a análise, podemos compreender a estrutura de funcionamento dos profissionais no município como a leitura de Giddens em sua teoria da estruturação. A organização dos serviços, suas produções operativas e seu modelo de atenção compõem um processo social multiforme, influenciado por valores sociais não controlados pelos indivíduos. (39)

A estrutura diz respeito às práticas sociais e os indivíduos são os agentes potenciais de modificações através das ações sociais, que podem trazer movimentação a tal realidade. A sociedade caminha pendularmente entre a mudança e a continuidade de tais práticas. (41) As atividades exercidas e comentadas acima pelos profissionais da Atenção Básica não são criadas pelos atores sociais que a exercem, mas são frutos da recriação contínua pelos quais são expostos rotineiramente.

Para que possam ocorrer mudanças Giddens reforça que é necessário que os atores sociais estejam motivados e possuam habilidades e conhecimentos. A estrutura não é eterna, porém somente os agentes podem monitorar e interpretar seus ambientes de trabalho, desencadeando assim eventualmente a modificação de suas práticas rotinizadas. (39)

Desta forma esta pesquisa pode trazer aos profissionais, possíveis protagonistas de modificações, a reflexão para uma maior participação na criação, reflexão e preparação de sua prática por trazer a luz tais percepções. Além da possibilidade de ampliação do conhecimento e capacitação em suas rotinas. Neste sentido o princípio da integralidade é para o usuário, mas também para a preparação do profissional, envolvendo seu conhecer, agir, refletir, discutir e modificar, através do trabalho compartilhado.

Mudanças efetivas nos processos de trabalho demandam tempo e exigem diversos fatores como qualificação profissional, apoio institucional, monitoramento de indicadores, além de auto avaliação. (53)

A presente pesquisa alcançou o objetivo de se compreender as percepções e retratar a prática dos profissionais atuantes na Atenção Básica do município de

Itumbiara, no estado de Goiás. Houve algumas lacunas da pesquisa, como a dificuldade na coleta de dados, onde apenas 174 de 304, equivalente a 60,52% dos trabalhadores se disponibilizaram a responder os questionários e assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido. Com relação às entrevistas, nem todas as classes profissionais puderam participar, limitando assim a pesquisa que poderia obter também a visão de médicos, dentistas, e auxiliares de saúde bucal.

9. Conclusão

Pode-se perceber que muitas das vezes os profissionais demonstraram saber o que devem fazer e possuem a capacidade de percepção de sua comunidade, porém estão engessados quando abordados sobre o COMO fazer. Assim, conseguimos identificar algumas das principais dificuldades vivenciadas por eles nessa operacionalidade.

Desta maneira, podemos compreender que eles têm passado por capacitações e atividades de educação permanente, porém não aplicadas em sua prática. É possível questionar se a abordagem metodológica tem contemplado a aprendizagem significativa e se os profissionais estão motivados em aprender e conseqüentemente modificar suas práticas já enraizadas por anos. Ou ainda, se as capacitações têm contemplado questões práticas, além de meramente teóricas, distantes da realidade profissional, podendo causar a desmotivação nesta busca. O estudo não abordou quais os treinamentos foram realizados, mas quais os impactos destes treinamentos sobre os funcionários e suas conseqüências após a qualificação, alcançando assim o objetivo específico a que se propôs, compreendendo se os profissionais se percebem ou não aptos a esta atividade.

O presente estudo elucidou as questões da percepção e da prática vivenciada pelos profissionais relativas ao cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Dessa forma, espera disseminar suas descobertas com todos os profissionais de Itumbiara para que este questionamento possa proporcionar a ação de modificação descrita por Giddens a partir do momento que os agentes coloquem em prática o pensamento crítico e reflexivo com relação a suas próprias práticas.

Neste sentido, a partir deste estudo, abrem-se precedentes para novas possibilidades em capacitação para os profissionais da atenção básica.

A identificação das percepções dos profissionais na assistência relacionadas à prática da saúde mental pode nos permitir a elaboração de um novo estudo na forma de pesquisa-ação com o objetivo de estimular a motivação por parte dos profissionais para as mudanças diante das práticas institucionais para atitudes mais transformadoras, além da ampliação no fornecimento dos serviços da saúde mental. Além de se perceber nesta pesquisa futura, quais as melhores formas de se aplicar a educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes na saúde mental em Unidades Básicas de Saúde.

Deve ser considerada a possibilidade de apresentar a presente pesquisa ao Conselho Municipal de Saúde do Município de Itumbiara para que seja explicitado a todos que o trabalho em saúde mental não tem sido considerado satisfatório no ambiente da Atenção Básica, podendo ser estabelecidos em conjunto com a CIES e a Secretaria Municipal de Saúde, possibilidades da elaboração de protocolos para que as práticas laborais sejam padronizadas.

A educação Permanente tem papel fundamental nesta ampliação, sendo reconhecida como alternativa importante para a mudança desta realidade. A expansão de locais com espaços para discussões de casos, o investimento em matriciamento e profissionais matriciadores, buscando a alteração dos processos de trabalho com afeto e locais de expressão, estes fundamentais quando relativos ao cuidado em saúde mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Brasil. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Vol. I, Ministério da Saúde. 2012. 110 p.
- 2) NETO, Daniel Carlos [1], DENDASCK, Carla [2], OLIVEIRA, Euzébio de [3] CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. A evolução histórica da Saúde Pública – Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Vol. 01, Ano 01, Ed. 01, pp: 52-67, Março de 2016. ISSN:2448-0959
- 3) Brasil, Ministério da Saúde. PORTARIA No 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários d. Diário Of. 2011;37.
- 4) Souto LRF, Oliveira MHB, Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal, Saúde debate 40 (108) Jan-Mar 2016
- 5) Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. Rev da SPAGESP - Soc Psicoter Analíticas Grup do Estado São Paulo, 2011;12(1):66–78.
- 6) Costa A, Silveira M, Vianna P, Silva-Kurimoto T. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. Rev Port Enferm Saúde Ment. 2012;7:46–53.
- 7) Souza F, Jesus A De, Matias N, Gomes A, Fátima K De, Parente M. A saúde mental no programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):391–5.
- 8) Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010
- 9) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da

- Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p: il.
- 10) Sena DE, Cavalcanti RP, Pereira II, Leite SRR. Intersetorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma Unidade Integrada de Saúde da Família. *Rev Bras Ciências da Saúde* 2012;16(3):337–42
 - 11) Campos GW de S, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Cien Saude Colet.* 2013;18(10):2797–805.
 - 12) Campos GW de S, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Cien Saude Colet.* 2013;18(10):2797–805.
 - 13) Nasi C, Cardoso ASF, Schneider JF, Olschowsky A, Wetzel C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *REME rev min enferm.* 2009;13(1):147–52.
 - 14) Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Cohen A, Fellow S. Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Ment Heal Fam Med.* 2008;5(2):67–78.
 - 15) Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial da saúde [Internet]. 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
 - 16) Lopez AD, Murray CC. J. The global burden of disease , 1990 – 2020. *Nat Med.* 1998;4(11):1241–3.
 - 17) Brasil. Ministério da saúde. Cadernos De Atenção Básica Saúde Mental [Internet]. Vol. 36. 2013. 58-85 p.
 - 18) Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(3):760–71.
 - 19) Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):703–9.
 - 20) Brasil. Constituição Da República Federativa Do Brasil (1988). 2017. 518 P
 - 21) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde. 2000. 44 il.
 - 22) Lobato L de VC. Políticas sociais e de saúde. Rio de Janeiro, CEBES, 2012;73p.

- 23) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 24) Rosa W de AG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(6):1027–34.
- 25) Munari DB, Melo TS de, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. Rev Eletr Enf. 2008;10(3).
- 26) Amarante, PDC, “Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.” In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, por Ligia Giovanella (org), 735-760. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- 27) Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho Vol. 20, Ciência & Saúde Coletiva. 2015. 2511-2521 p.
- 28) Ritt PAQ. Projeto Terapêutico Singular. 2016;
- 29) Brasil. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. 2011. 236 p.
- 30) Brasil. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. 2010.
- 31) Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2010.
- 32) Dias MS de A, Silva MMS da, Souza FL de, Gadelha AK de S, Alves EAS. Tecnologias leves em saúde: saberes e práticas da residência multiprofissional na estratégia 2015. 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015.385 p. : il. – (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)
- 33) Waidman MAP, Costa B da, Paiano M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2012;46(5):1170–7.
- 34) Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. Rev Eletrônica Enferm. 2003;5(2):71–7.
- 35) Tavares CM de M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto Context - Enferm. 2006;15(2):287–95.

- 36)Merhy EE. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. Cad do Cent Estud Hosp Cândido Ferreira 1998;1–18.
- 37)Mielke FB, Olschowsky A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. Esc Anna Nery R Enferm. 2011;15(4):762–8.
- 38)Paulo UDS, Silva A, Luisa A, Serpa G, Maria R, Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial Enfermagem RL De, et al. Número completo. Rev Lat Am Enferm. 2005;441–9.
- 39)Gisele OD, Ruben AM, Teoria da Estruturação e os estudos de práticas avaliativas. Physis Rev Saúde Coletiva. 2009;2(2):609–23.
- 40)Fauerwerker, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – comunic, saúde, educ*. Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.
- 41)Baltazar MS. Anthony Giddens e a teoria da estruturação. 2016;
- 42)Pereira JR. Strong Structuration Theory Applied to Organizational Studies. 2014;
- 43)Giddens, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 458p.
- 44)Gonsalves, E. P. Conversas sobre iniciação à pesquisa científica. Campinas, SP: Alínea, 2001.
- 45)Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa ; Rev Saúde Pública 2005;39(3):507-14
- 46)Fonseca, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
- 47)Silva Júnior S, Costa F. Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. Rev Bras Pesqui Mark Opinião e Mídia. 2014;15:1–16.
- 48)Justo AM. 3- Estudos_qualitativos_e_o_uso_de_software. 2013;(2014):37–54.
- 49)Justo AM. de Dados Textuais IRAMUTEQ : Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires IRAMUTEQ : A Free Software for Analysis of Textual Data. 2013;21(2009):513–8.

- 50) Vizeu B, Maria A. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. 2013;1–18.
- 51) Salviati ME. Manual do Aplicativo Iramuteq. 2017;
- 52) Minayo MC, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993
- 53) Lopes EAA, Anjos MD, Costa AM, O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 9(2), 237-250, jun, 2015
- 54) Cilene FC, A ANÁLISE DE CONTEÚDO NA PERSPECTIVA DE BARDIN: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. Linguagem 2007;18:1–5.
- 55) Bardin L. Análises de Conteúdo. 2009. 288 p.
- 56) Aosani TR, Nunes KG. A Saúde Mental na Atenção Básica : A percepção dos Profissionais de Saúde The Mental Health in Primary Care : Perceptions of Health Professionals. Rev Psicol e Saúde 2013;5(2):71–80 Muniz SR. Introdução à análise estatística de medidas. Licenciatura em Ciências - USP. 2014; Módulo 2.
- 57) Gentil RJ. Como referenciar e citar segundo o Estilo Vancouver, Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2008.
- 58) Figueiredo MD, Saúde mental na atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS- Campinas SP. 2006

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário LIKERT

Você está em contato direto com pacientes, diariamente, e por isso, estamos interessados em sua opinião sobre a atenção à Saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

Você não levará mais do que 10 minutos para respondê-lo.

Cada pergunta tem apenas uma resposta.

Por favor, leia as perguntas com atenção e depois responda espontaneamente.

Suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo.

Função na ESF: _____

Sexo: (F)

(M)

1) Já recebi treinamentos que me tornaram APTO a atuar em Saúde mental na ESF?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

2) Eu me sinto capacitado para trabalhar com saúde mental na Estratégia de Saúde da Família?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

3) Você continua acompanhar os pacientes que são encaminhados para unidades de Saúde Mental?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

4) Sinto dificuldade para fornecer atendimento aos pacientes de Saúde Mental?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

5) Tenho acesso a dados sobre quantidades de pacientes assistidos que demandam cuidados em saúde mental?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

6) Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em livros, protocolos?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

7) Minha prática com pacientes em sofrimento psíquico é baseada em treinamentos prévios?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

8) Sinto que os usuários de Saúde mental estão satisfeitos com o serviço fornecido pela estratégia de saúde da família?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

9) Consigo identificar com facilidade a queixa dos pacientes em sofrimento psíquico?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

10) Percebo que a Equipe de Estratégia de Saúde da Família é resolutiva na maioria dos casos de saúde mental?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

11) Tenho dificuldade de estabelecer diálogo com pacientes em sofrimento psíquico?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

12) Consigo definir o que é sofrimento psíquico ?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

13) Consigo perceber as implicações do sofrimento psíquico para os indivíduos e seus familiares?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

14) Percebo relações entre condições de vida e sofrimento psíquico?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

15) Consigo acolher pacientes usuários de álcool e outras drogas?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

16) Minha equipe se preocupa com a saúde mental de seus integrantes?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

17) Percebo que o cuidado em saúde mental está além do uso da medicação

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

18) Minha equipe se reúne para discussão dos casos que julga ser complexos em saúde mental?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

19) Minha equipe recebe apoio matricial em saúde mental (por meio do NASF e CAPS)?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

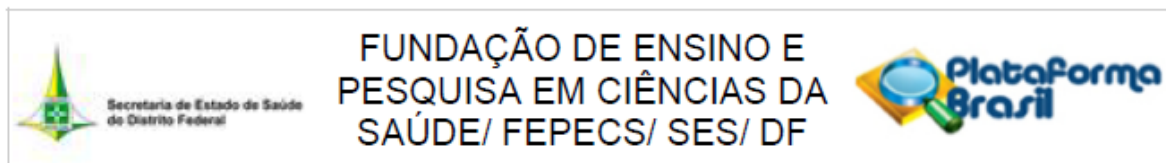
20) Minha equipe consegue organizar os atendimentos de acordo com a demanda singular de cada paciente?

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente

ANEXO 2 - Roteiro semiestruturado para entrevista

- 1) Quais têm sido suas maiores dificuldades com pacientes de Saúde mental?
Explique.
- 2) Você poderia citar alguma experiência?
- 3) Você se sente Satisfeito com o trabalho que presta à comunidade em que atua? Porque?
- 4) Você e sua equipe se sentem preparados para lidar com demandas de saúde mental no seu dia-a-dia? Por quê?
- 5) Sua equipe tem espaços para discussão de casos em saúde mental?

ANEXO 3 - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VISÃO E A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A SAÚDE MENTAL

Pesquisador: RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA

Área Temática:

CAAE: 88798318.1.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Versão: 2

CAAE: 88798318.1.0000.5553

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.803.909

Apresentação do Projeto:

Parecer n. 2.801.750 já relatado anteriormente.

Objetivo da Pesquisa:

Parecer n. 2.801.750 já relatado anteriormente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer n. 2.801.750 já relatado anteriormente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Parecer n. 2.801.750 já relatado anteriormente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Parecer n. 2.801.750 já relatado anteriormente.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Pendências apontadas anteriormente foram atendidas, projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos

dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1083591.pdf	20/06/2018 20:30:16		Aceito
Outros	CartaRespostaPendncias.doc	20/06/2018 20:29:59	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	Projetocronogramatcle.pdf	18/06/2018 12:25:55	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito
Outros	carta_resposta_pndncias.doc	01/05/2018 17:28:03	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito
Outros	curriculo_pesquisadora.doc	28/04/2018 10:28:34	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito
Outros	curriculo_orientadora.pdf	28/04/2018 10:26:18	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissoassinado.jpeg	02/04/2018 19:10:48	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	31/03/2018 16:29:33	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	31/03/2018 16:19:48	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termodeanuenciaassinado.jpg	31/03/2018 16:18:30	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	31/03/2018 16:16:15	RAFAELA MIRANDA PROTO PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 07 de Agosto de 2018

Assinado por:

DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA

(Coordenador)

ANEXO 4**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA*****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

O (a) Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto PERCEPÇÃO E PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A SAÚDE MENTAL, sob a responsabilidade da pesquisadora Rafaela Miranda Proto Pereira.

O nosso objetivo é conhecer a percepção e a realidade na atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à Saúde Mental no município de Itumbiara/GO, especificamente, identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais da atenção básica com a saúde mental, perceber a operacionalidade (ferramentas, formas de manejo e encaminhamentos) dos profissionais na relação com a saúde mental e identificar conhecimentos e treinamentos prévios com relação à saúde mental.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder um questionário estruturado com 20 questões de fácil resposta, marcando um "X" nas alternativas que lhe identifique. O questionário será aplicado em seu horário e local de trabalho, sem necessidade de mais que 5 minutos para seu preenchimento. A Data será combinada previamente com sua equipe e em uma única visita conseguiremos o preenchimento de todos da equipe.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são a modificação nas emoções questionadas, a possibilidade de estresse emocional relacionado às experiências questionadas, além de devolução ou comunicação inapropriada de resultados dos estudos que podem gerar situações de conflitos. São riscos considerados leves, e de caráter transitório. As formas de minimiza-los se darão com total confidencialidade dos participantes, o aconselhamento por profissional de saúde mental posteriormente ao questionário, caso seja solicitado, e por fim a Divulgação dos resultados da pesquisa em local de acesso a todos os interessados. Se você aceitar participar, estará contribuindo para A melhoria da Rede de Atenção a Saúde no município, e a descoberta dos possíveis entraves da relação entre os profissionais da atenção Básica e da Saúde mental.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária.

Os resultados da pesquisa serão divulgados Na Secretaria Municipal de Saúde, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Rafaela Miranda Proto Pereira fone: 64-98113-1311, email: rafinhamp@hotmai.com, em horário comercial, disponível inclusive para ligação a cobrar ou em aplicativos de mensagens.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4940 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Itumbiara, xx de xx de 2018