

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**INSTITUTO DE SAÚDE**

**DENÍLSON RODRIGUES DE SOUZA**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:  
CARACTERÍSTICAS DO CUIDADO OFERTADO NO  
MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO**

**SÃO PAULO**  
**2023**

**DENÍLSON RODRIGUES DE SOUZA**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:  
CARACTERÍSTICAS DO CUIDADO OFERTADO NO  
MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Instituto de Saúde, para obtenção do título de  
Especialista em Saúde Coletiva.**

**Orientadora: Lígia Rivero Pupo**

**SÃO PAULO  
2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Souza, Denílson Rodrigues de  
Saúde mental e atenção básica: características do cuidado ofertado no município de Francisco Morato / Denílson Rodrigues de Souza — São Paulo, 2023.  
33 f.

Orientador (a): Profª Lígia Rivero Pupo

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Atenção primária à saúde 2. Saúde mental 3. Políticas de saúde l. Pupo, Lígia Rivero

CDD: 614

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço, primeiramente, ao Instituto de Saúde e todo seu corpo docente e quadro profissional. Cumpriu com seu papel de unidade didática e possibilitou meu desenvolvimento enquanto pesquisador e sanitário.

Agradeço a minha professora orientadora Ligia Pupo, pela parceria neste eixo de trabalho, e por sua leitura atenta e críticas construtivas que foram essenciais para a construção deste trabalho.

Agradeço a todos os alunos do curso de Saúde Coletiva que me acompanharam nas dificuldades e alegrias durante este último.

Por fim, agradeço a SES-SP por fomentar o ensino e pesquisa com a bolsa de estudos.

## EPÍGRAFE

“Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes. Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana.”

FRANCO ROTELLI

Souza, Denílson Rodrigues de. **Saúde Mental na Atenção Básica: Características do cuidado ofertado no município de Francisco Morato.** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

## RESUMO

**Introdução:** O cuidado em saúde mental na atenção básica é essencial para o bom funcionamento da RAPS, e precisa estar atrelado à realidade viva e dinâmica do território a que pertence. **Objetivo:** Analisar as características do cuidado ofertado na rede de atenção básica de Francisco Morato às demandas psicossociais e de saúde mental, seus entraves e potencialidades. **Metodologia:** Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores e trabalhadores dos equipamentos da RAPS municipal, e realizada uma análise de conteúdo identificando três categorias de análise: a identificação dos casos, o planejamento e estratégias de cuidado, e a articulação intersetorial. **Resultados:** A Atenção básica do município apresenta baixa intencionalidade na identificação dos casos, mas diversas possibilidades para o acesso. As estratégias de cuidado, em sua maioria, estão pautadas na lógica individual e medicalizante. Não ocorre articulação entre a saúde, território e outras secretarias para o cuidado em saúde mental. Entre os serviços, há encaminhamentos sem a corresponsabilização pelo usuário. **Conclusão:** É necessário, não apenas alterações nos processos de trabalho, mas mudança na lógica de cuidado, e maior diálogo na RAPS sobre fluxos, e sobre papéis de cada serviço no cuidado psicossocial.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde Mental; Políticas de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Mental health care in primary care is essential for the proper functioning of the RAPS, and needs to be linked to the living and dynamic reality of the territory to which it belongs. **Objective:** To analyze the characteristics of the care offered in Francisco Morato primary care network to psychosocial and mental health demands, their obstacles and potential. **Methodology:** Semi-structured interviews were carried out with managers and workers of the municipal RAPS equipment, and a content analysis was carried out identifying three categories of analysis: case identification, care planning and strategies, and intersectoral articulation. **Results:** Primary Care of the municipality presents low intentionality in the identification of cases, but several possibilities for access. Care strategies, for the most part, are based on individual and medicalizing logic. There is no articulation between health, territory and other secretariats for mental health care. Among the services, there are referrals without co-responsibility by the user. **Conclusion:** It is necessary, not only changes in work processes, but a change in the logic of care, and greater dialogue in RAPS about flows, and about the roles of each service in psychosocial care.

**Keywords:** Primary health care; Mental Health; Health policies.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Revisão da Literatura</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Caracterização do Município</b>	<b>15</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Geral</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Específicos</b>	<b>17</b>
<b>4 ARTIGO</b>	<b>18</b>
<b>4.1 Introdução</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Metodologia</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Resultados e discussão</b>	<b>20</b>
<b>4.5 Conclusão</b>	<b>28</b>
<b>4.6 Referências</b>	<b>29</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS/APÊNDICES</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva tem um caráter essencialmente vinculado à história nacional da saúde pública, rompendo com paradigmas meramente biológicos, aliando as ciências humanas e sociais, política e gestão, e epidemiologia, para criar um campo específico de saber-fazer que não pode ser reduzido a uma área específica, tendo a multiprofissionalidade como um eixo central. Suas contribuições teóricas mostram-se relevantes, bem como sua prática política, contribuindo para a criação do SUS com a constituição de 1988<sup>1</sup>. Hoje se compreende que saúde é um bem inalienável, um direito do cidadão e um dever do Estado.

A existência do SUS da forma como preconizado e estruturado tem raízes bastante próximas, com movimentos sociais ligados à saúde no Brasil, sobretudo o Movimento da Reforma Sanitária, e com o conhecimento e práticas adquiridas internacionalmente. A somatória deste processo histórico culminou em um sistema amplo e abrangente, mas em constante construção.

Entre os princípios doutrinários do SUS, encontram-se a universalidade, indicando que todos os cidadãos brasileiros têm direito a atenção à saúde; a equidade, que não implica na noção de igualdade, mas diz respeito a tratar distintivamente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior; e a integralidade, como o direito à serviços, recursos e procedimentos que atendam às diferentes necessidades, ou seja, desde vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. As diretrizes são indicações organizativas e se articulam com os princípios, dentre elas, está a descentralização do poder; regionalização e hierarquização, focando na noção de território, e participação popular, com conselhos de saúde e conferências periódicas.

No quesito organizativo da hierarquização, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e no SUS, e se caracteriza por ser a principal porta de entrada, abrangendo uma grande gama de ações e serviços. A experiência nacional também utiliza o termo Atenção Básica como sinônimo. A grande inspiração para este modelo de organização é o Relatório Dawson de 1920, que propunha na Inglaterra a reestruturação do sistema até então vigente para um em que os serviços fossem organizados conforme o nível de complexidade e custos de tratamento. As propostas de Dawson embasaram a criação do National Health System (NHS), e seus princípios relacionados à hierarquização e regionalização influenciaram muitos outros modelos de saúde ao redor do mundo<sup>2</sup>.

A Declaração de Alma-Ata traz uma definição bastante ampla de Atenção Primária, que é compreendida como função central dentro do sistema nacional de saúde, cooperando com os demais níveis e trabalhando com a noção da determinação social do processo saúde-

doença, reconhecendo e reduzindo desigualdades e iniquidades<sup>2</sup>. O ponto crucial trazido pela declaração é que a destinação das ações de saúde deve ser para todas as pessoas e famílias mediante sua plena participação, dentro do território em que vivem e onde a vida, de fato, acontece. Fica nítido que apesar das denominações ‘primária’ ou ‘básica’, este nível de atenção está longe de ser apenas a porta de entrada ou mero regulador de fluxo.

Na Política Nacional de Atenção Básica de 2017<sup>3</sup>, aplicada no SUS, a atenção básica é definida como "conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas" envolvendo promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com vistas à integralidade. Atende a população em território adscrito e exerce a função de ser a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, administrando os fluxos. Seus princípios são os mesmos do SUS, universalidade, equidade e integralidade, e suas diretrizes são a regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. A Atenção Básica Brasileira tem na Saúde da Família sua principal estratégia (ESF) para expansão, consolidação e qualificação da atenção, cabendo às secretarias municipais o estímulo necessário para sua implantação<sup>2</sup>.

A capilaridade e inserção da atenção básica na comunidade, ali onde a vida acontece com suas potencialidades e dificuldades, torna essa forma de organização crucial para a identificação, acolhimento e acesso das pessoas em sofrimento mental das mais diversas naturezas, bem como em situação de violência e uso prejudicial de álcool e outras drogas, oferecendo um espaço de escuta para indivíduos e famílias, permitindo a expressão dos sentimentos que outrora não puderam existir e eram motivos de grande angústia. Por outro lado, entendemos que a atenção básica é responsável por um grande número de usuários, muitos em situação de vulnerabilidade, e com variadas queixas. Esta situação, somada à insegurança dos profissionais, o desconhecimento sobre os temas que envolvem a saúde mental, e até mesmo o estigma que o sofrimento mental carrega, podem se tornar uma barreira para as intervenções.

Há grande complexidade em se buscar uma definição de Saúde mental, tema tão vasto, plural, intersetorial e transversal. Reconhecer a polissemia desta área do saber-fazer é ampliar a perspectiva e não cair no reducionismo médico-psiquiátrico, ou seja, não é apenas a busca pela cura de doenças mentais. Em suma, essa área envolve a formulação e implantação de políticas públicas, uma área de atuação técnica, social e também teórica.

Um movimento importante aliado à luta da Reforma Sanitária e pela redemocratização nos anos de 1964 a 1985, foi a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica<sup>4</sup>. O movimento da reforma psiquiátrica foi determinante no questionamento das práticas manicomiais e asilares, colaborando com propostas para a superação dessa forma de

cuidado.

A Psiquiatria Democrática italiana liderada por Basaglia foi a fonte de grande inspiração para a reforma psiquiátrica brasileira. Essa vertente, diferente da Antipsiquiatria Inglesa, não nega a existência da doença mental, mas propõe que esta seja colocada em parênteses, para que uma nova percepção seja possível. Esse novo olhar se refere a expandir os horizontes e compreender a complexidade dos fenômenos que não são um fim em si mesmos, ou meras manifestações biológicas, mas uma expressão de vida singular do sujeito, que envolve seu território, família e cidadania. Basaglia afirma que as instituições psiquiátricas, os manicômios, são aparatos de institucionalização que legitimam a violência, e portanto, precisam ser negados para que com a desinstitucionalização e com o livre cuidado comunitário e psicossocial, o sujeito tenha plena potencialidade de exercer seus direitos, sua autonomia e cidadania<sup>5</sup>.

Com estas premissas, a experiência brasileira após uma década de discussões teve na lei 10.216/01<sup>6</sup> o seu principal marco regulatório. A lei dispõe sobre os direitos, e sobre o tratamento digno e respeitoso às pessoas portadoras de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. A lei propôs que as pessoas portadoras de sofrimento mental fossem sempre tratadas em ambientes terapêuticos, pelos meios menos invasivos possíveis, e atendidas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Em 2011 é instituída no Brasil a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>7</sup> para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da portaria 3.088/11. A portaria assume como diretrizes o respeito aos direitos humanos, cuidado em liberdade, combate aos estigmas, atenção humanizada, atividades no território com inclusão social, e para operacionalizar estas e outras diretrizes, o cuidado em rede regionalizada com ações intersetoriais, garantindo o acesso e a integralidade do cuidado.

Compõem a RAPS, os serviços que integram a Atenção básica, atenção psicossocial especializada, urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Fica claro o objetivo da portaria em estabelecer uma rede regionalizada que compartilhe o cuidado em suas diversas facetas, com a corresponsabilização de serviços e trabalhadores, com ações comunitárias, multiprofissionais e interdisciplinares.

O principal equipamento de saúde criado para se tornar substitutivo ao modelo asilar e manicomial no Brasil são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inseridos no território, que visam o cuidado às pessoas com transtorno mental severo e persistente. A estrutura destes equipamentos deve ser flexível para que não remeta ao modelo anterior, dessa forma são recorrentes as atividades extramuros, oficinas de geração de renda e outras propostas que tem como centro as pessoas, e não suas doenças e visam a reinserção

psicossocial. O cuidado proposto pode ser intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

O território é a estratégia chave desses equipamentos, inclusive, com o reconhecimento da comunidade à que pertence para que seja possível o cuidado expandido, com parceiras com outros equipamentos de saúde, de lazer, esportes, cooperativas, ongs, associações, igrejas e etc. A formação de uma rede de cuidado comunitária é essencial para uma estratégia de cuidado psicossocial<sup>4</sup>.

É necessário ressaltar que os CAPS constituem serviços de atenção secundária e especializada, que visam o cuidado de uma população definida, sendo as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, e em uso problemático de álcool e outras drogas. Entretanto, muitas outras situações relacionadas à saúde mental não são contempladas nesta modalidade, e não possuem um lócus específico de atenção.

Dessa forma, ressalta-se de forma ainda mais enfática a importância da atenção básica que tem nos seus princípios fundamentais, a prevenção, a identificação precoce dos casos e o primeiro acesso ao cuidado; estando o rastreamento e a atenção aos casos de saúde mental incluídos nesse papel<sup>8</sup>.

Dentro desta rede, a Atenção Básica é bastante estratégica por desenvolver suas ações no território com o conhecimento dos determinantes sociais do local em que se insere, possibilitando vínculo da instituição com o bairro, e dos profissionais com a população, por promover um cuidado mais longitudinal e uma melhor gestão de condições crônicas, e por sua proximidade com vários recursos comunitários. O contato próximo e cotidiano facilita o encontro dos profissionais com pessoas em sofrimento psíquico, mas nem sempre estes se sentem confortáveis para se defrontarem com essas questões.

## **1.1 Revisão da Literatura**

A literatura recente acerta da relação entre saúde mental e atenção básica é bastante produtiva em diversas áreas do conhecimento. Estudo de 2021<sup>9</sup> buscou compreender as percepções dos profissionais da atenção primária sobre a assistência à saúde mental e como resultados obtiveram respostas que evidenciaram que a infraestrutura da atenção básica é positiva para esta demanda, mas há fragilidade na assistência, sobretudo na articulação. Os profissionais identificam que este cuidado deve ser de base familiar e grupal, apesar das dificuldades para materializar estas práticas. Emergiu na fala dos profissionais elementos de cuidado biomédico e que não compreendem o sujeito em sua integralidade, mas no dualismo mente-corpo demandando cuidado especializado. Por fim, os profissionais demonstram disponibilidade para a construção de um novo cuidado pautado no vínculo, confiança, acolhimento, escuta qualificada e empatia. O estudo foi importante para demonstrar a coexistência de concepções de cuidado antagônicas, fragilidades do cuidado, e também,

perspectivas de melhoras para o cuidado psicossocial.

Estudo de 2022<sup>10</sup> realizou uma pesquisa exploratória através de um grupo de saúde mental na atenção básica, suas fragilidades e sua potência. O grupo tornou-se um espaço vivo, que apesar de ser mediado assumiu diferentes configurações a partir das interações de seus membros. O grupo se tornou local de cuidado para os aflitos, de denúncia para os que tiveram seus direitos violados, espaço de expressão lúdica e compartilhamento de experiências para todos. Os conflitos que também estavam presentes foram mediados e contornados, uma vez que não se deve pretender sua exclusão, mas aprender com sua ocorrência. Espaços de compartilhamento como este, constituídos de criatividade e cuidado, se revelam uma tecnologia leve bastante pertinente para as demandas psíquicas na atenção básica.

Lancetti<sup>11</sup> (2001) afirma que o cuidado em saúde mental partindo da atenção básica pode simbolizar a mais radical desinstitucionalização da reforma psiquiátrica, tendo em vista que o cuidado em liberdade, na comunidade a que pertence, facilita o surgimento de recursos espontâneos do sujeito e de sua família, elaborando o cuidado e evitando a carreira do doente mental introduzido no ambiente manicomial. Portanto, é de grande importância que seja tecida uma rede de cuidado em que as equipes dos serviços de todos os níveis estejam conectadas, facilitando o contato também com a equipe de saúde da família.

Sendo assim a AB tem sido vista como essencial para a identificação precoce das necessidades e problemas de saúde mental no território; para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cuidado do sofrimento mental leve e moderado; para o desenvolvimento de ações de redução de danos de usuários de álcool e outras drogas; para o acompanhamento conjunto com os serviços especializados de pacientes mais graves; para intervenções breves em situações de crise; para apoiar a redução da demanda por atendimento especializado em saúde mental<sup>12</sup>.

Conforme Couto e Delgado<sup>13</sup> (2016), o SUS, apesar de hierarquizado em níveis de atenção, passou por uma série de questionamentos que culminaram em um redirecionamento da lógica de funcionamento desta hierarquização. O modelo piramidal inicialmente proposto não entrou em consonância com as necessidades da população, uma vez que este favorece o atendimento das condições agudas de saúde, não contemplando a transição epidemiológica em curso que apontava a necessidade de atenção para as condições crônicas. A perspectiva assumida é pautada nas redes de atenção à saúde (RAS), e não mais em esquema de pirâmide, mas uma série de equipamentos e serviços que articulam entre si para garantir a integralidade do cuidado, sendo um conjunto organizado de serviços prestando atenção contínua. Dentre algumas características que supõe a rede, podemos entendê-la como um processo sempre em construção, e não meramente um conglomerado de serviços e fluxos pré-estabelecidos, dessa forma, cada caso terá sua rede de

suporte e cuidado. Os componentes formais, ou seja, os serviços e instituições, coexistem dentro deste universo ampliado, em diálogo com a singularidade e possibilidades do território.

Dentro das RAS é conferida algumas responsabilidades especiais e primordiais para a atenção básica, como ser o centro de comunicação da rede, e também sua porta de entrada preferencial. Ser a porta de entrada ressalta a importância de localizar os serviços e instituições dentro do território, perto dos usuários, rompendo barreiras geográficas, mas também culturais e das mais diversas naturezas. É ter o reconhecimento da comunidade enquanto um lugar de cuidado, que acolhe as necessidades espontâneas, mas também realiza buscas ativas, com diálogo e horizontalidade.

Se por um lado o acesso da população é facilitado com o rompimento da lógica da porta fechada, dentro do serviços o acesso também deve ser facilitado quando pensamos a lógica de cuidado. Muitos enfoques permeiam os modelos de cuidado, sejam eles biomédicos, sociais ou psicológicos. O favorecimento de um destes enfoques em detrimento dos outros culmina na redução do paciente a um aspecto estrito de sua singularidade e constituição enquanto sujeito, portanto, o reconhecimento das diferentes abordagens para alcançar a integralidade é diretriz de uma forma de cuidado que precisa ser estimulada: a clínica ampliada. Nesta perspectiva, não há uma vertente excludente, o centro do cuidado é o sujeito que busca o atendimento<sup>14</sup>.

É certo que diagnósticos partem de uma lógica que busca identificar características homogêneas em todos os casos, com regularidade e constância, mas esta é uma meia verdade. Na perspectiva da clínica ampliada e da determinação social do processo saúde-doença, busca-se compreender também o que o sujeito tem de diferente, de particular, algo que o caracterize enquanto indivíduo, ainda que tenha sintomas que o agrupe aos demais dentro de um diagnóstico. Os aspectos sociais, educacionais, trabalhistas, emocionais, familiares e etc, interferem no desenvolvimento das doenças, e a situação de vida do sujeito adoecido precisa ser compreendida de forma ampliada para que essa compreensão evidencie as vulnerabilidades e potencialidades, resgatando também o protagonismo do sujeito frente a seu tratamento<sup>14</sup>.

Trabalhar na perspectiva da clínica ampliada traz a necessidade da invenção e utilização de novas formas de cuidado dentre as tecnologias leves que permitam essa ampliação do enfoque do processo saúde-doença. O acolhimento surge com uma potente proposta para promover mudanças nos processos de trabalho dentro dos serviços de saúde, sobretudo na atenção básica. O acolhimento é uma ferramenta de acesso porque contribui para inclusão dos usuários no SUS, contemplando tanto uma agenda programada como a demanda espontânea, e porque contribui na compreensão e co-responsabilização pelas necessidades, e estratificação dos riscos de saúde dos indivíduos. O acolhimento é também uma forma de cuidado, pois se abrem as portas do serviço para a escuta qualificada do usuário e seu sofrimento de forma desburocratizada, com o propósito de facilitar sua vinculação nos serviços. O acolhimento é ainda uma forma de gestão e mobilização dos funcionários, uma vez que oferece maiores informações sobre a clientela e demandas do território,

possibilitando assim uma reflexão sobre as melhores formas de cuidado e uma reorganização da oferta, o que contribui para uma maior integralidade no cuidado<sup>15-16</sup>.

A implantação de uma clínica ampliada de natureza psicossocial na atenção básica, pautada na determinação social do processo saúde-doença é um processo de desconstrução das lógicas de cuidado preestabelecidas e homogêneas até então. Minóia e Minozzo<sup>15</sup> (2015), durante a implantação do acolhimento em saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde perceberam alguns destes paradigmas que precisam ser desconstruídos para surgir algo novo. Entre eles está a necessidade da conduta prescritiva, sintoma de uma dificuldade de práxis frente à escuta do sofrimento e da ausência de responsabilização da equipe, e com isso, os casos acabam tendo como desfecho conselhos, encaminhamentos e prescrições. Outra dificuldade encontrada é referente a escuta dos aspectos subjetivos, fruto de uma tradição biomédica que valoriza os aspectos biológicos e medicalizantes em detrimento da escuta em profundidade. Por fim, as autoras citaram a priorização das demandas físicas como outro paradigma a ser superado, a dificuldade de atendimentos longitudinais das famílias adscritas, e a escassa abordagem da temática de saúde mental nos encontros entre serviço e usuários.

É ainda prevalente na AB, o cuidado medicalizante e biomédico em saúde mental que se expressa na prática de troca de receitas, sem uma avaliação mais detalhada e atenciosa da pessoa que sofre, e com baixa participação dos usuários na decisão sobre seu cuidado. Além disso, estudos revelam que existe uma falta de clareza sobre os fluxos de atenção adequados, e o tipo de abordagem terapêutica a ser utilizada em cada situação de sofrimento mental. Outros aspectos também precisam ser fortalecidos, por exemplo, a proatividade e olhar propositado e intencional da atenção básica para realizar busca ativa e rastreamentos de casos de sofrimento psíquico no território, compreendendo isso também como escopo das atribuições deste nível de atenção. Outro entrave é o entendimento de que a saúde mental deve ser abordada apenas por especialistas, uma maior identificação somente de situações mais sintomáticas e graves, certo preconceito com transtornos mentais, e falta de escuta qualificada<sup>12</sup>.

Uma das estratégias de articulação intersetorial proposta para a constituição de uma rede de cuidado e superação das dificuldades da atenção básica em atender os casos de saúde mental é o apoio matricial, um recurso pedagógico e assistencial constante e permanente, em que uma equipe de apoio discute junto à equipe de referência os melhores caminhos para cada caso. Não se constitui apenas um processo de supervisão, mas de atendimento conjunto, discussões de caso, visitas domiciliares e outras estratégias<sup>4</sup>.

O Apoio matricial tem impacto em diferentes aspectos da atuação da equipe de atenção básica, incluindo os importantes e estratégicos agentes comunitários. O Matriciamento colabora na desmistificação da saúde mental e acolhe medos e angústias que surgem dessa incompreensão. Também mobiliza os profissionais e gestores a compreenderem melhor o papel da atenção básica frente à saúde mental. Neste espaço também fica evidente uma expansão da compreensão das

possibilidades que a rede possui, entendendo o papel de cada serviço e as características do território. Também há ganhos significativos na resolutividade dos casos, que se expressam no maior vínculo entre usuário e profissionais, maior adesão ao tratamento e uma melhora geral nas relações do sujeito com seu meio e família<sup>17</sup>.

Assim é nítida a importância da atenção básica no cuidado em saúde mental, seja na identificação e prevenção, ou no acolhimento e tratamento. Também é notória a dificuldade que este componente tem frente a estes casos, devido a questões relacionadas ao manejo, mas também por fragilidades estruturais do SUS como um todo. Tais dificuldades precisam ser enfatizadas pois sua reverberação é direta na população que demanda esses serviços e fica prejudicada pela desassistência. Um fator que tem se mostrado importante para o fortalecimento destas ações é a contratação e participação de profissionais de saúde mental na rede básica, pois, a presença destes, está relacionada a um maior reconhecimento de experiências de sofrimento mental e maior leque de possibilidades de cuidado<sup>12</sup>.

A relação da saúde mental com a atenção básica passou por momentos de turbulência e discussão política na história recente do país, uma vez que através do decreto 11.098 de junho de 2022<sup>18</sup>, o governo Bolsonaro colocou departamento de saúde mental sob responsabilidade da atenção primária à saúde, em um movimento que demonstrou que a relevância do departamento de saúde mental não estava entre as prioridades da agenda governamental. Muitos profissionais e atores sociais criticaram este decreto por ser um possível fator para enfraquecer a RAPS e sobrecarregar as atribuições da APS. Pouco tempo se teve para analisar os impactos de dessa mudança, uma vez que a nova gestão eleita revogou o decreto já em janeiro de 2023<sup>19</sup>.

## **1.2 Caracterização do Município**

O Instituto de Saúde é um órgão de pesquisa vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. No arcabouço de suas diversas atribuições localiza-se a formação de trabalhadores para o SUS e assessoria aos municípios na implantação do sistema de saúde. O Instituto oferta o curso de especialização em Saúde Coletiva que tem no seu módulo prático a inserção de alunos e pesquisadores nos territórios para atingir estes objetivos, de formação e assessoria. Após sete anos de parceria firmada com o município de Franco da Rocha, o Instituto iniciou em 2022 um novo vínculo com Francisco Morato.

Francisco Morato é um município do Estado de São Paulo com aproximadamente 178.312 habitantes no ano atual de 2022, com grau 99,8% de urbanização<sup>20</sup>. É uma das maiores cidades da região de Franco da Rocha, constituída por, além dos municípios citados, Caieiras e Mairiporã. Nascida com o nome de Vila Belém em meados do século 20, foi inicialmente ocupada por trabalhadores que construíram a ferrovia que ligaria Santos e Jundiá para transportar a produção de café. Em 1946 a Vila Belém passa a ser distrito de Franco da Rocha, para somente em 1965 se

emancipar e se rebatizar com nome que homenageia o Professor da Faculdade de Direito do Largo de São Francisco<sup>21</sup>.

Pela dificuldade em alcançar bons índices de empregabilidade, até mesmo prover a infraestrutura necessária para aquecer a economia e indústria local, Francisco Morato traz a alcunha de cidade dormitório, pois possui grande parte das suas áreas ocupadas por residências, uma vez que sua população precisa se deslocar para os municípios vizinhos para exercer atividade econômica. Isto torna a linha de trem um elemento fundamental para a cidade. Este empecilho em fixar sua população no território pode ter explicação na ausência de ajuda externa, sobretudo em seu período de emancipação, pois, até então o município dependia e compartilhava recursos com Franco da Rocha. Tendo este histórico, hoje a cidade aposta no comércio e serviços para fomentar a economia.

No decênio de 2011 a 2021, apresentou um crescimento populacional de 12,9%, saltando de 156.194 habitantes para 176.346 neste período, sendo 3633,8 habitantes por km<sup>2</sup>. No município 50,5% da população é do sexo feminino. Em geral, a cidade periférica é formada por loteamentos, muitos irregulares, de baixa renda e apresenta carências de infraestrutura, serviços e equipamentos públicos (MORAES, 2007). Em 2019, o PIB per capita estava em R\$9.221, sendo o menor do Estado de São Paulo<sup>20</sup>.

Dados de 2010 mostram que a renda domiciliar no município era R\$1391, e, em 27,7% dos domicílios, não ultrapassou meio salário mínimo per capita. Os dados mostraram que 62,2% da população, seja os setores urbanos, aglomerados subnormais ou rural, encontravam-se em situação de vulnerabilidade alta ou muito alta<sup>20</sup>. Em 2018, através do índice paulista de responsabilidade social, Francisco Morato foi considerado parte dos municípios em estado de vulnerabilidade, ou seja, mais desfavorecidos do Estado em riqueza e nos indicadores sociais, como longevidade e escolaridade.

Em relação a saúde, o município possui uma autarquia para gerir os serviços e equipamento, chamada Serviço de Assistência Médica (SAME). A Autarquia SAME está presente em todo o sistema de saúde e em todos os níveis de atenção. É responsável por 13 Unidades Básicas de Saúde, cujas quais são chamadas de Unidade Saúde da Família 9USF) tendo inaugurado a última recentemente em 2022. Possui 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): um na modalidade II, um Infante Juvenil e um Álcool e outras drogas. Também conta com um Centro de Fisioterapia e Reabilitação, um Centro Integrado à Saúde da Mulher, um Centro de Especialidade Odontológica, um Centro Integrado de Saúde, um Centro de Testagem e Aconselhamento, e uma Unidade de Pronto Atendimento 24h. Há no município também os Hospitais Santa Casa de Misericórdia e Lacaz, o hospital Estadual.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A Atenção Básica constitui-se como um primordial ponto da rede de atenção à saúde, sendo essencial para a proteção, prevenção e promoção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, atuando de forma regionalizada e territorializada com a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença. Não obstante, cumpre função essencial na rede de atenção psicossocial, sendo estratégica na identificação e acolhimento dos casos relacionados à sofrimento mental. Desta forma, compreender o funcionamento da atenção básica, sua dinâmica com o território, e as concepções de seus atores, é fundamental para propor soluções para suas lacunas, e fomentar suas potencialidades.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Geral**

Conhecer e analisar as características do cuidado ofertado pela rede básica de saúde de Francisco Morato para a atenção ao sofrimento mental e às demandas psicossociais, seus entraves e potencialidades.

### **3.2 Específicos**

- Conhecer as formas de identificação, acolhimento e acesso ao cuidado, em relação a demandas psicossociais e de sofrimento mental nas unidades de atenção básica;
- Conhecer o planejamento e as abordagens de cuidado ofertadas nas unidades básicas para situações de sofrimento mental e demandas psicossociais;
- Conhecer a articulação e a interação entre a as unidades de atenção básica e de atenção especializada, e entre a atenção básica e a urgência emergência, para o cuidado de situações de sofrimento mental;

## 4 ARTIGO

### 4.1 Introdução

Entre os anos 80 e 2000, tanto no Brasil, como em várias partes do mundo, ocorreu o movimento de luta antimanicomial e de reforma psiquiátrica. Este, visou questionar as formas de cuidado direcionadas às pessoas em sofrimento mental que até então eram pautadas no modelo asilar, que excluía e isolava os pacientes de seu entorno, negava seu direito a voz e à um cuidado em comunidade, e enxergava esse sofrimento apenas como uma doença, um desequilíbrio químico-biológico, com tratamento apenas medicamentoso. Alinhado ao movimento pela reforma sanitária e democratização do país, e após muitos debates, este movimento no país teve na lei 10.216/01<sup>1</sup> o seu principal marco regulatório. Tal lei dispôs sobre os direitos, e sobre o tratamento digno e respeitoso às pessoas portadoras de sofrimento mental e usuários de álcool e outras drogas.

Em 2011 foi promulgada a portaria 3088/11 para estabelecer a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS)<sup>2</sup>, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A portaria assumiu como diretrizes o respeito aos direitos humanos, cuidado em liberdade, combate aos estigmas, atenção humanizada, atividades no território com inclusão social, e para operacionalizar estas e outras diretrizes, o cuidado em rede regionalizada com ações intersetoriais, garantindo o acesso e a integralidade do cuidado. A composição desta rede envolve equipamentos da atenção básica, secundária e terciária, reafirmando o compromisso de uma co-responsabilização entre os diferentes atores e pelo cuidado compartilhado.

A Atenção Básica é estratégica dentro do SUS e também para a RAPS, pois suas características permitem grande inserção territorial para reconhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde da região a que pertence, fomentando vínculo do equipamento com o bairro e sobretudo com os moradores e usuários que tendem a reconhecer este serviço como um local de cuidado. As características que constituem a atenção básica tornam este nível de atenção fundamental para ações focadas na saúde mental, como por exemplo: a identificação precoce das necessidades e problemas de saúde mental no território; o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cuidado do sofrimento mental leve e moderado; o desenvolvimento de ações de redução de danos de usuários de álcool e outras drogas; o acompanhamento conjunto com os serviços especializados de pacientes mais graves; as intervenções breves em situações de crise; e o apoio para a redução da demanda por atendimento especializado em saúde mental<sup>3</sup>.

A literatura recente acerta da relação entre saúde mental e atenção básica é bastante produtiva em diversas áreas do conhecimento. Estudo de 2021<sup>4</sup> buscou compreender as percepções dos profissionais da atenção primária sobre a assistência à saúde mental e como resultados obtiveram respostas que evidenciaram que a infraestrutura da atenção básica é positiva para esta demanda, mas há fragilidade na assistência, sobretudo na articulação. Os profissionais identificam que este cuidado

deve ser de base familiar e grupal, apesar das dificuldades para materializar estas práticas. Emergiu na fala dos profissionais elementos de cuidado biomédico e que não compreendem o sujeito em sua integralidade, mas no dualismo mente-corpo demandando cuidado especializado. Por fim, os profissionais demonstram disponibilidade para a construção de um novo cuidado pautado no vínculo, confiança, acolhimento, escuta qualificada e empatia. O estudo foi importante para demonstrar a coexistência de concepções de cuidado antagônicas, fragilidades do cuidado, e também, perspectivas de melhoras para o cuidado psicossocial.

Estudo de 2022<sup>10</sup> realizou uma pesquisa exploratória através de um grupo de saúde mental na atenção básica, suas fragilidades e sua potência. O grupo tornou-se um espaço vivo, que apesar de ser mediado assumiu diferentes configurações a partir das interações de seus membros. O grupo se tornou local de cuidado para os aflitos, de denúncia para os que tiveram seus direitos violados, espaço de expressão lúdica e compartilhamento de experiências para todos. Os conflitos que também estavam presentes foram mediados e contornados, uma vez que não se deve pretender sua exclusão, mas aprender com sua ocorrência. Espaços de compartilhamento como este, constituídos de criatividade e cuidado, se revelam uma tecnologia leve bastante pertinente para as demandas psíquicas na atenção básica

Lancetti<sup>6</sup> comenta que a atenção básica pode simbolizar, no que tange a saúde mental, um importante passo pra desinstitucionalização proposta pela reforma psiquiátrica, pois ambos se baseiam no cuidado em liberdade e comunitário, facilitando o surgimento de novos recursos espontâneos do sujeito e de sua família, elaborando o cuidado e evitando a carreira do doente mental introduzido no ambiente manicomial. Portanto, é de grande importância que seja tecida uma rede de cuidado em que as equipes dos serviços de todos os níveis estejam conectadas, facilitando o contato também com a equipe de saúde da família.

A relação da saúde mental com a atenção básica passou por momentos de turbulência e discussão política na história recente do país, uma vez que através do decreto 11.098 de junho de 2022<sup>7</sup>, o governo Bolsonaro colocou departamento de saúde mental sob responsabilidade da atenção primária à saúde, em um movimento que demonstrou que a relevância do departamento de saúde mental não estava entre as prioridades da agenda governamental. Muitos profissionais e atores sociais criticaram este decreto por ser um possível fator para enfraquecer a RAPS e sobrecarregar as atribuições da APS. Pouco tempo se teve para analisar os impactos de dessa mudança, uma vez que a nova gestão eleita revogou o decreto já em janeiro de 2023<sup>8</sup>.

Apesar da potência e da importância do cuidado em saúde mental na atenção básica, muitos desafios têm sido debatidos sobre as dificuldades de inclusão de ações psicossociais e de saúde mental nesse nível de atenção. Estes serviços frequentemente vivem um contexto de ausência de recursos humanos, com problemas de infraestrutura e financiamento, culminando numa sobrecarga de tarefas que por vezes pode dificultar a plena execução das atividades. Os profissionais que lidam diariamente com estas dificuldades podem se sentir despreparados e impotentes frente às demandas

de saúde mental e, portanto, ter como principal prática o encaminhamento indevido e desnecessário, o cuidado medicalizante, a troca de receitas sem cuidadosa avaliação de necessidades, e até mesmo, o não reconhecimento destas demandas na população. Parte desse não reconhecimento tem raiz em uma concepção de saúde biomédica e fragmentada por parte dos profissionais, que acreditam ser de responsabilidade de especialistas o cuidado em saúde mental, também demonstrando a não compreensão do papel da atenção básica na RAPS<sup>9</sup>.

Pautando-se em seus princípios, na Estratégia da Saúde da Família e nos conhecimentos técnico-científicos consolidados, a atenção básica está apta para realizar intervenções em saúde mental tanto de promoção e prevenção do sofrimento mental, como de cuidado a transtornos leves e moderados, e acompanhamento conjunto de casos estabilizados. O acolhimento é uma das principais formas de intervenção que ao mesmo tempo que demonstra o cuidado, facilita a identificação e o acesso do usuário através da escuta qualificada e empática. O Projeto Terapêutico Singular é uma das mais importantes ferramentas que podem ser utilizadas para a organização singularizada do cuidado. As diversas possibilidades de formação grupal, também se constituem como potentes formas de intervenção. Além das possibilidades formais, a postura aberta e disponível dos profissionais da atenção básica também possibilita que ações terapêuticas de natureza psicossocial sejam realizadas nos dispositivos da atenção básica<sup>10</sup>.

Com isto em vista, o presente artigo visou analisar as características do cuidado ofertado pela rede básica de saúde de Francisco Morato para a atenção ao sofrimento mental e às demandas psicossociais, seus entraves e potencialidades.

## **4.2 Metodologia**

Para a presente pesquisa foi utilizada a análise qualitativa de dados, que tem como diretriz a compreensão fidedigna da dinâmica de vida dos sujeitos, seguindo, portanto, os pressupostos que embasam a pesquisa qualitativa. Neste método é importante captar as diversas faces de um fenômeno em seu estado cotidiano, bem como as diversas significações que a ele são atribuídas. Para tal, o pesquisador se relaciona com o meio pesquisado munido das teorias sobre a temática estudada, e das sistematizações que embasam o método, combinando a fluidez de um processo sem rigidez, mas com o rigor científico<sup>11</sup>.

Visando atingir os objetivos propostos, foram criadas entrevistas semi-estruturadas para cada equipamento de saúde da rede de Francisco Morato, representados por seus trabalhadores e a gestão em saúde mental. Foram entrevistados: articulador de saúde mental do município e profissionais de: 1 UBS, 1 CAPS adulto, 1 CAPSad, 1 CAPSij, 1 Núcleo de Violência, 1 UPA. A aplicação ocorreu de forma online com alguns serviços e presencial com outros, devido a dificuldades de agenda. A duração média de aplicação foi de 60 minutos. As entrevistas foram compostas de 4 partes: dados pessoais do entrevistado e sua trajetória profissional na saúde e no

município; estrutura e organização do serviço para o atendimento em saúde mental; planejamento e cuidado em saúde mental ofertado, suas práticas e estratégias; articulação entre os serviços para o cuidado em saúde mental. O presente artigo focou especificamente na visão que os diferentes atores têm sobre, o papel da atenção básica no cuidado em saúde mental dentro do município, o tipo de cuidado ofertado, e sua articulação com os outros serviços.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito, cada entrevista foi lida de forma vertical buscando elementos sobre o papel e atuação da atenção básica dentro da RAPS, e lida em conjunto de forma horizontal, verificando diferenças e similaridades na percepção dos diferentes atores sobre o tema. A partir do questionário e leitura das entrevistas foram selecionadas as seguintes categorias de análise:

- 1) Identificação, acolhimento e acesso ao usuário com sofrimento mental na AB;
- 2) Planejamento e estratégias de cuidado em saúde mental na AB;
- 3) Articulação da AB com os outros serviços e trabalho em rede para o cuidado em saúde mental.

Os trechos de fala extraídos foram apontados por siglas para referenciar os dados da entrevista mantendo o sigilo conforme estabelecido pelo TCLE. Assim, a atenção básica foi identificada como (AB), os CAPS como Serviço de Atenção Especializada (SAE), e a UPA como Serviço de Urgência Emergência (SUE), numerados para sua diferenciação.

Ressaltamos para os devidos fins, que esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Instituto de Saúde. Também houve anuência dos gestores municipais através do termo de anuência institucional. Os participantes responderam ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e assinaram duas vias do mesmo.

### **4.3 Resultados e Discussão**

A primeira categoria de análise que discorreremos será sobre a *identificação, acolhimento e acesso*. A identificação pode ser entendida como as estratégias utilizadas por um serviço para buscar ativamente e encontrar as demandas e necessidades psicossociais e de saúde mental de seus usuários. A Atenção Básica (AB) tem em suas características posição estratégica para essa tarefa devido a sua capilaridade e inserção no território, bem como por ser a porta de entrada preferencial ao SUS<sup>12</sup>.

Em relação ao município pesquisado, a Unidade de Saúde da Família (USF), representando a AB, apesar de não fazer uma busca ativa intencional de situações e demandas de sofrimento mental no território, tem desenvolvido a capacidade de reconhecê-las em diferentes situações e momentos do fluxo de cuidado, o que pode facilitar o acesso a algum tipo de atenção. Uma das principais formas de identificação é através das solicitações e demandas trazidas nas visitas domiciliares. No cadastramento de usuários no território adscrito, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cumprem o protocolo de questionar se há alguém em sofrimento mental, além disso, a inserção do ACS no cotidiano dos bairros e o seu reconhecimento na comunidade permitem a comunicação de casos

novos dos usuários e também a demanda espontânea. Programas realizados na escola como o “Saúde na Escola” foram referidos como outra forma de rastreamento dessas demandas, resta saber se existe uma constância nessas ações, e qual a frequência desse tipo de atividade. Outra forma de identificação citada foi o acompanhamento de outras diversas demandas de saúde, ou seja, em consultas de rotina, pré natal ou grupos específicos, como os ofertados para pacientes hipertensos e diabéticos e o grupo de atividades físicas.

A ausência de intencionalidade e de uma busca ativa permanente na identificação de casos de sofrimento mental no território pode reduzir as possibilidades da atenção básica de localizar e prevenir os casos em sua plenitude, desta forma, os casos explícitos, sintomáticos e graves são favorecidos em detrimento dos demais<sup>3</sup>.

Após a entrada do usuário no serviço através destas possibilidades encontradas, o acolhimento surge como uma técnica eficaz tanto para a compreensão do sofrimento, como para a estratificação de risco e planejamento do cuidado. Entretanto, os dados da entrevista citam o acolhimento como uma prática somente de triagem para a consulta clínica com o médico, um procedimento protocolar para todos os casos, sejam eles de saúde mental ou não:

A gente faz a escuta da queixa do paciente, e aí, dependendo da queixa dele, independente do que for, se for de saúde mental ou de outra queixa, a gente chama o médico e passa pra ele o caso (Entrevistado AB).

O acolhimento, mais que um momento burocrático e protocolar, refere-se a uma nova posição da equipe de atenção básica frente ao usuário, e visa realizar mudanças concretas no cotidiano de trabalho atendendo a todos aqueles que procuram o serviço em um esforço compartilhado por toda a equipe, compreendendo melhor as necessidades de saúde existentes, inclusive as psicossociais, e dividindo inclusive as responsabilidades. A integração de saberes da equipe que se co-responsabiliza pelo acolhimento tende a aumentar a resolubilidade dos casos<sup>13</sup>.

A questão do acesso também é um fator importante para análise, tendo em vista que o equipamento só realiza atendimentos mediante agendamentos, o que pode dificultar o ingresso e permanência dos pacientes em sofrimento mental, sobretudo aqueles que são resistentes na busca de cuidado.

O reflexo dessas questões de acesso nos serviços de atenção especializada é materializado na dificuldade em realizar altas devido à dificuldade de reinserção destes pacientes na AB, não por mera rejeição dos profissionais da atenção básica, mas porque eles entendem que o cuidado já está sendo feito no CAPS e, portanto, a AB pode se preocupar com as outras demandas que são muitas. Esta é uma visão recorrente da AB no que se refere aos usuários de serviços especializados em saúde mental do SUS, que com frequência não são vistos mais como pacientes da rede básica, por conta de uma visão muito especializada e biomédica do sofrimento mental. O resultado é a sobrecarga dos

serviços. Um serviço da atenção especializada em saúde mental comenta a grande dificuldade da atenção básica em compreender seu papel na RAPS e seu potencial no cuidado em saúde mental. Os serviços especializados acabam por abarcar quase a totalidade dos casos, e isso, novamente, reflete tanto na dificuldade de inserção do usuário nos serviços, como na continuidade e longitudinalidade do cuidado ofertado, e na reinserção social do mesmo.

A gestão, por sua vez, também apontou as dificuldades do exercício de cuidado em saúde mental na AB, e indicou alguns fatores que colaboram com estas dificuldades:

Então a gente tem equipe reduzida, um grande número de usuários, uma compreensão de que saúde mental é algo que tem que ser tratado especificamente dentro dos CAPS, que não é algo que pode ser tratado também nas unidades básicas [...] a compreensão da cidade como um todo: Falou de saúde mental é CAPS, não importa se leve, moderado ou complexo (Entrevista Gestão Municipal).

No caso específico da saúde mental, Couto e Delgado<sup>14</sup> não consideram que tenha havido uma plena incorporação da concepção de “porta aberta”. A história mostra a necessidade de pronto acolhimento para usuários em sofrimento mental, na forma, no momento e no local em que a crise ou o sofrimento emocional ocorrem. Entretanto, para tal, são muitas as barreiras que precisam ser transpostas, seja o desejo do usuário de ser atendido, questões geográficas, socioeconômicas e, sobretudo, a disponibilidade dos serviços em receber estas demandas, entendendo seu papel frente ao cuidado em saúde mental e quebrando estigmas e preconceitos tão profundamente enraizados na sociedade. As especificidades da saúde mental exigem que esta e outras portas estejam, de fato, abertas.

Em relação ao *Planejamento e Estratégias de Cuidado*, buscamos compreender o cuidado propriamente dito. Há uma lógica hegemônica na AB para questões referentes à saúde mental, que é a lógica do encaminhamento. O que varia é o fluxo a ser seguido pelo usuário, que não está definido e depende das características da rede, da disponibilidade dos serviços e da discricionariedade dos profissionais de saúde. Segundo a AB, os pacientes considerados “em surto” seriam encaminhados para o Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM) localizado no município vizinho e referência para internações na região de saúde. Vale lembrar que segundo a UPA e os CAPS, o fluxo para situações de crise envolveria o encaminhamento inicialmente para os serviços de urgência-emergência e não diretamente ao CAISM, que não é porta aberta. Isto já indica falta de clareza e alinhamento sobre o fluxo de atenção dentro da rede. Os pacientes que não se encontram em surto, mas que necessitam de acompanhamento seriam encaminhados aos CAPS. Foi citado, por exemplo, o caso de uma gestante que ao realizar o pré-natal, os profissionais identificaram cortes em seu braço sugerindo automutilação, e, portanto, a encaminharam para o CAPS II. Não necessariamente foi previsto um atendimento conjunto de forma matricial, uma vez que ela é paciente da AB. Os

pacientes entendidos como “estabilizados” ficam em acompanhamento na AB, entretanto, não são citadas estratégias de cuidado específicas para estes usuários. Segundo a AB: “tem médico que não quer nem medicar, só quer encaminhar e tirar das mãos”.

A AB citou o alto fluxo de usuários com as mais diversas demandas, e, portanto, quando existe uma necessidade em saúde mental, o encaminhamento aparece como alternativa oportuna. Outra explicação para tais encaminhamentos é ausência do preparo técnico para manejar estes casos que culmina em insegurança, medo e receio dos profissionais em assumir a responsabilidade por estas pessoas, principalmente pacientes agudos e em crise:

Um paciente "estabilizadinho", um paciente que vem aqui com a receitinha vencida, que é para trocar a receita [...] é fácil de lidar. Mas a gente nunca está preparado para esses pacientes que chegam surtados (Entrevista AB).

Como exposto, além do encaminhamento, quando o cuidado em saúde mental é feito na unidade, é realizado pelo médico, e a troca de receita é citada como uma das estratégias de cuidado. A troca de receitas, que está assentada em um enfoque biomédico da saúde mental, é uma prática comum e entendida pelo serviço como método de acompanhamento dos pacientes. Nessa prática, os médicos ou enfermeiros trocam receitas antigas de psicotrópicos por novas, a partir da demanda, e não há uma avaliação cuidadosa dos motivos, significados, mudanças ocorridas, novas necessidades, alterações da abordagem terapêutica e avaliação do contexto do sofrimento<sup>3</sup>.

Não é citado, por exemplo, a formulação de um projeto terapêutico singular, que compreenderia as potencialidades e vulnerabilidades do sujeito de forma ampliada, estipulando metas e objetivos a curto, médio e longo prazo, tendo um período para reavaliação. A medicação é um importante auxiliar para o cuidado e tratamento, entretanto, seu uso tende a ser cronificado quando há ausência de acompanhamento multiprofissional, de um raciocínio psicossocial, e quando é o único recurso empregado. As receitas são trocadas de dois em dois meses, sem necessidade de consulta médica. . Antes da pandemia havia reunião grupal dos usuários de medicamentos para retirada das receitas, mas hoje, basta que ele ou um familiar retire a receita quando necessário. Este formato impede a reavaliação, etapa fundamental para verificar a eficácia do medicamento e até mesmo para ampliar o leque de possibilidades, escutando o sujeito frente ao seu sofrimento. O resultado disso é um acompanhamento não personalizado, tendo como único meio de contato o cuidado medicalizante.

Gonçalves Filho<sup>15</sup> comenta que a medicalização do cuidado se refere ao uso indiscriminado dos medicamentos, fruto de uma herança biomédica que enxerga o sujeito sob um único ponto de vista, o da doença, e desta forma só encontra no medicamento uma solução para tal. Entretanto, na perspectiva psicossocial do cuidado pauta-se na escuta qualificada e na potência de vida que o sujeito carrega. É possível encontrar sentidos e significados no sofrer, como uma situação da vida e

não como um mero diagnóstico de uma doença.

Para um dos CAPS entrevistados, o encaminhamento enquanto primeira opção da AB, sem acolhimento, escuta e avaliação do sofrimento, é a reprodução da lógica hospitalocêntrica dentro da RAPS, uma forma de exclusão em que o paciente tem suas possibilidades de cuidado ampliadas negadas. Para a gestão, o cuidado em saúde mental está com enfoque demasiado nas especialidades, sobretudo médicos psiquiatras e psicólogos, e isto colabora para os frequentes encaminhamentos da AB para os serviços especializados. Entretanto, também apontam uma contradição, pois ao mesmo tempo em que encaminham para especialistas, não percebem que a lógica do CAPS é o atendimento multiprofissional sob a perspectiva da clínica ampliada, ou seja, algo que poderia ser possibilitado dentro da própria AB:

É um tema ainda difícil de ser trabalhado, mesmo pra médicos da atenção básica. Quando a pessoa fala “estou deprimida”, fica na fala do “estou deprimida” e já faz a busca por um profissional psiquiatra, psicólogo, mesmo com a compreensão de que no CAPS os atendimentos se dão em equipe multidisciplinar. Pra gente pensar a reinserção social, ou mesmo a inserção, o modelo ainda continua hospitalocêntrico. A gente tá com o manicômio, só que agora não tem muro, esse é o grande paradigma e o grande desafio da saúde mental, a gente romper de fato essa ideia da exclusão (Entrevista Gestão Municipal).

Outro profissional de CAPS compreende que está culturalmente enraizada no município uma concepção fragmentadora pautada no dualismo mente-corpo, e com isso, a AB teria dificuldade de compreender que em um cuidado baseado na integralidade não envolveria tal divisão. O resultado disso é a ausência do cuidado psicossocial na AB, a não apropriação pela AB das estratégias e abordagens de cuidado em saúde mental, e além disso, a quebra de um fluxo que poderia ser estabelecido pela rede, em que cada equipamento cumpriria o papel em que está encarregado. Cabe lembrar, que a mudança desse paradigma não depende apenas da AB, pois é uma concepção de cuidado psicossocial que deve ser discutida e acordada em rede.

Para outro entrevistado da atenção especializada não há qualquer tipo de cuidado em saúde mental na AB, e todo e qualquer tipo de demanda é encaminhada para os serviços especializados. Essa lógica do encaminhamento relatada nas entrevistas do município não é fato isolado. Apesar de fundamental, tem sido difícil a AB ser porta de entrada e responsável por grande parte das demandas de SM por conta de dificuldades materiais, de recursos financeiros, de capacitação dos recursos humanos, pelas equipes reduzidas e pela falta de fluxos e linhas de cuidado acordadas municipalmente. Isto culmina na dificuldade de as equipes realizarem ações voltadas à saúde mental como a identificação dos casos, prevenção, redução de estigmas e compreensão dos determinantes psicossociais do território adscrito. O resultado prático é o serviço não atingir sua plena potencialidade em saúde mental e encaminhamentos desnecessários<sup>16</sup>.

Na contramão do processo de superespecialização na área da saúde e pautando-se na

interdisciplinaridade e multiprofissionalidade, a atenção básica pode assumir uma postura acolhedora nos casos identificados de demanda em saúde mental sem que seja necessário um pronto encaminhamento para um serviço especializado como os CAPS. Algumas posturas são efetivas nestes momentos e podem ser realizadas por todos os profissionais, como proporcionar uma expressão e reflexão sobre os sentimentos, proporcionar uma boa comunicação de forma empática, lembrando-se sempre de escutar o usuário, acolher e reconhecer o sofrimento do outro como legítimo<sup>8</sup>.

Com relação à *articulação entre os diversos pontos de atenção*, a AB do município mostrou compreender seu papel no cuidado aos pacientes considerados "estabilizados", e quanto a isso não considera entraves, principalmente no que diz respeito ao cuidado biomédico, pois o atendimento ocorre conforme o fluxo do serviço, ou seja, com a retirada de receitas, e também o compartilhamento com ambulatório de saúde mental e CAPS, realizando agendamentos para diálogo quando necessário. Ainda assim, o trabalho em conjunto citado entre AB e AE permanece limitado ao encaminhamento mútuo acompanhado de uma carta explicando as motivações para tal. É comum também uma carta em resposta com as informações relativas ao cuidado realizado, entretanto, não há de fato uma estratégia conjunta de cuidado aos pacientes que são usuários de ambos os pontos de atenção.

Os pacientes considerados pela AB como "em surto" possuem maiores dificuldades para darem início ao seu cuidado, seja pela dificuldade de compreensão do papel de cada ponto de atenção na RAPS, seja pela falta de clareza da AB sobre o caminho do cuidado nesses casos, por conta principalmente da ausência de um fluxo pactuado pelo município com todos os serviços da RAPS, para situações de crise. Exemplificando a dificuldade de acionar os pontos da rede, a AB conta o caso de um paciente que passou por essa dificuldade de inserção e articulação:

Eu liguei para todos os serviços, e ninguém sabia me orientar o que fazer com esse paciente. Então eu mando para o CAISM, que é um pronto-atendimento? Porque ele estava sem medicação, estava desorientado. Não, não posso mandar direto para o CAISM. Mando para o CAPS? Não, não posso mandar para o CAPS. [...]. Mande para o pronto-socorro, não queriam receber; [...] Isso me deixa bem triste, nessa parte, porque quando você precisa de um apoio da rede, naquele momento, não tem (Entrevista AB).

Casos como o relatado acima são exemplos claros do trabalho desarticulado em que cada ponto da rede atua autonomamente, sob procedimentos próprios e que não estão em pleno acordo com os demais pontos. Também é sintoma da ineficácia dos métodos de comunicação utilizados pela rede, uma vez que as reuniões ocorrem, mas os fluxos continuam fora do alcance dos profissionais da linha de frente.

Entretanto, vale lembrar que essa responsabilidade de oferecer abordagens psicossociais de

cuidado em casos mais leves, ou de estabelecer um papel de escuta e acolhimento do sofrimento mental, de fazer uma análise de riscos, ou de participar do acompanhamento de usuários em sofrimento, não pode ser depositada somente na conta da rede básica. O trabalho integral em rede vem de uma pactuação de linhas de cuidado municipais para diferentes problemas, com diferentes níveis de gravidade; e, a segurança técnica para o desenvolvimento de um PTS ou de outras estratégias de cuidado na AB, dependeria de ações de capacitação continuadas e de um apoio matricial constante vindo da rede especializada (rede CAPS), o que no momento não está ocorrendo. A qualificação das ações de saúde mental na rede básica depende, assim, de um trabalho conjunto de gestão municipal, em parceria com todos os serviços da RAPS.

O matriciamento é um recurso utilizado para tentar sanar este impasse sendo uma retaguarda especializada para a AB, visando o aumento da resolutividade e responsabilização. No caso do município em questão, este recurso era oferecido pelos CAPS, serviços da Atenção Especializada (AE), mas os encontros foram suspensos devido ao período pandêmico e até o momento não há previsão de retorno.

Atualmente os pontos da rede se comunicam de maneiras diversas para tentar suprir a lacuna deixada pela ausência do matriciamento formal. E-mail, telefone e whatsapp são ferramentas comumente citadas pelos equipamentos. Um dos CAPS entrevistados afirmou ser um dos equipamentos responsáveis por matriciar a AB, e comentou que durante a pandemia o número de usuários do CAPS praticamente dobrou, portanto, considera inviável a abertura de um espaço na agenda e a liberação de profissionais para realizar essa articulação. Outro serviço da atenção especializada, afirmou que ainda ocorrem atividades em conjunto, ainda que estas não configurem o apoio matricial, entretanto, o grande entrave é a comunicação entre os pontos.

Apesar do seu impacto positivo como verificado em literatura sobre o tema, os Núcleos Ampliados à Saúde da Família (NASF), instituição que materializa o apoio matricial, teve seu financiamento descontinuado através da Portaria<sup>17</sup> 2.979 em 2019, conhecida como Previne Brasil. Este novo modelo de financiamento da atenção básica não prioriza as atividades dialógicas como o apoio matricial, multiprofissionais e interdisciplinares, e apesar destas não serem textualmente extintas, ficam à mercê da decisão municipal para sua continuidade. O Previne Brasil é um possível dificultador para a plena execução das diretrizes de longitudinalidade da assistência, resolutividade e descentralização<sup>18</sup>. O município em questão, não possui a estrutura NASF para apoio à Atenção Básica.

Para uma articulação eficiente é necessário que os pontos da rede compreendam as potencialidades e funções de cada serviço, mas conforme relato da gestão, quando se começou a estruturar a RAPS no município, a rede como um todo ainda não entendia a lógica psicossocial de cuidado. O CAPS ainda era visto como instituição de isolamento da loucura, e não apenas os pacientes eram direcionados com essa intencionalidade, mas profissionais também poderiam ser transferidos para um CAPS como forma de punição. Esse relato remete a uma época não tão distante

na história do município, menos de meia década, e certamente as raízes dessa compreensão ainda refletem na ausência de articulação, sobretudo quando nos referimos à atenção básica e secundária.

Para além da concepção de cuidado, a realidade concreta da saúde pública no município também interfere nessa dinâmica. Os problemas frequentes de subfinanciamento, ausência de infraestrutura e profissionais, contribuem para o foco na sobrevivência de cada serviço com sua própria sobrecarga, dificultando o cuidado em conjunto. Explicando essa situação, a gestão afirma o que pensa a AB:

A rede de atenção básica está fragilizada. E tem uma lógica que, a partir do momento que você está sendo atendido em caps você não é mais problema meu [...] E não é proposital. A gente até tinha um matriciamento mais próximo. Mas se eu tenho uma fragilidade, que eu mal consigo dar conta da base do território que eu atuo [...] então se tá no CAPS, tem alguém cuidando, então não preciso me ocupar desse usuário, deste munícipe.

Segundo um entrevistado da AE a construção da rede no município tem sido algo bastante difícil, pois os equipamentos dos diferentes níveis de atenção ainda operam sob uma lógica de antagonismo. Há uma tendência de definição estrita das barreiras que incluem ou excluem determinado usuário nos serviços, uma disputa de quem deve atender qual demanda de forma exclusiva ao invés de propiciar um ambiente de compartilhamento de demandas em prol do cuidado. Assim, tal profissional considerou que se há uma rede, ela não tem funcionado adequadamente. Outro profissional da AE considera que existe disposição da AB, mas o que pega é uma fragilidade estrutural.

Evidencia-se, portanto, uma rede de atenção bem-intencionada e em implantação, mas ainda pouco articulada, com baixo nível de comunicação entre os pontos, especialmente no que se refere à participação da AB. A articulação dos pontos de atenção é essencial para um trabalho em rede sob a lógica do cuidado em território. A rede é fundamental para a produção de saúde, de diferentes modos de subjetivação, do encontro entre os diferentes atores, e possibilita o aumento da contratualidade, autonomia, reposicionando o sujeito frente a sua realidade<sup>19</sup>. A rede nunca está completamente tecida e acabada, é flexível, e permite recomeços e desvios da rota originalmente seguida. Isto significa que aquilo que há de potência em uma rede pode ser fortalecido com o uso da criatividade e através dos espaços coletivos de discussão e compartilhamento. São os "furos" da rede que possibilitam novas tentativas, novas reinvenções<sup>20</sup>. Conforme um afirmou um dos profissionais da rede especializada, o que há de positivo na articulação da rede são seus funcionários dispostos a transpor as dificuldades e estabelecer diálogos para encontrar as soluções para os pacientes. Este talvez seja o elemento fundamental para uma qualificação e um incremento da RAPS no município, na direção de uma rede mais coesa e estruturada.

## **Conclusão**

O Objetivo central deste trabalho focou em conhecer e analisar as características do cuidado ofertado pelo Município no que tange a saúde mental na atenção básica. A ausência de intencionalidade na busca ativa, o cuidado individualizado e medicamentoso e a dificuldade na articulação, por exemplo, ainda são fatores que se constituem como barreira nas diferentes dimensões do acesso ao serviço e sobretudo, ao cuidado. Contudo, existe abertura e desejo da AB de qualificar o cuidado em saúde mental e, assim, essa não é uma fotografia estática. Esta análise pode balizar ações futuras culminando num serviço mais organizado e disponível para atender as demandas da população.

Estas brechas no funcionamento da rede não demonstram somente a necessidade de aperfeiçoamento dos fluxos e processos de trabalho, mas também a exigência de mudança em um processo social profundo e complexo<sup>21</sup>, herança do saber-fazer biomédico, medicalizante, em que não há a plena participação dos usuários, familiares e trabalhadores. Os achados expostos indicam a necessidade do resgate do cuidado psicossocial para embasar a criação de fluxos e processos de trabalhos de acordo com estes preceitos, e com a realidade territorial.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2001
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.
3. Pupo LR, et al. Saúde mental na Atenção Básica: Identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. SAÚDE DEBATE. 2020;44(3):107-127.
4. Cardoso Luana Cristina Bellini, Marcon Sonia Silva, Rodrigues Thamires Fernandes Cardoso da Silva, Paiano Marcelle, Peruzzo Hellen Emília, Giacon-Arruda Bianca Cristina Ciccone et al . Assistência em saúde mental na Atenção Primária: perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. 2022; Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672022001000204&lng=en](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022001000204&lng=en).
5. Lobo dos Santos F, Silva LAV da. Atenção Básica e Saúde Mental: Relato Praxiográfico de uma Tecnologia de Cuidado. Psicol cienc prof. 2022;42 (Psicol. cienc. prof., 2022 42):e243075. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243075>
6. Lancetti A, et al. Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2001. 224 p.
7. Brasil. Presidência da República. Decreto Nº 11.098, De 20 De Junho De 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Diário oficial da União, 2022.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto Nº 11.358, De 1º De Janeiro De 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Diário oficial da União, 2023.
9. Cardoso LCB, Marcon SS, Rodrigues TFC da S, Paiano M, Peruzzo HE, Giacon-Arruda BCC, et al.. Mental health assistance in Primary Care: the perspective of professionals from the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022;75(Rev. Bras. Enferm., 2022).
10. BRASIL. Ministério Da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 34: Saúde Mental, Brasília - DF, 2015.
11. Alves ZMM, Silva MH. Análise qualitativa dos dados de entrevista: Uma proposta. Ribeirão Preto: Paidéia; 1992.
12. Giovanella L, Escorel S, Costa-Lobato LV, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2nd rev. ed. RJ: Fiocruz; 2012. 16, Atenção Primária à Saúde; p. 493-547.
13. Minóia NP, Minozzo F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicol cienc prof [Internet]. 2015Oct;35(Psicol. cienc. prof., 2015 35(4)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001782013>
14. Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB. O Capsi e o desafio da gestão em rede. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2016. 12, Presença viva da saúde mental no território: Construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes; p. 161-193.

15. Oliveira EC, Viégas LS, Neto HSM. Desver o mundo, perturbar os sentidos: Caminhos na luta pela desmedicalização da vida. Salvador: EDUFBA; 2021. Medicalização e humilhação social; p. 137-161.
16. Cardoso LCB, Marcon SS, Rodrigues TFC da S, Paiano M, Peruzzo HE, Giacon-Arruda BCC, et al.. Mental health assistance in Primary Care: the perspective of professionals from the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022;75(Rev. Bras. Enferm., 2022).
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
18. Paulino KC, et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(1):5362-5372.
19. Yasui S, Luzio CM, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: A vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*. 2018;8(1):173-190.
20. Bermudez KM, Siqueira-Batista R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: O conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde Soc*. 2017;26(4):904-919.
21. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4th rev. ed. aum. RJ: Fiocruz; 2007. 124 p. ISBN: 978-85-7541-430-9

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção básica, como visto, é objeto de atenção dos estudiosos da área da saúde há muito tempo, e aqui reforça-se seu caráter comunitário e familiar, próximo da vida no território, presente em seus percalços e em suas potências. Um sujeito que se encontra em sofrimento psíquico certamente será beneficiado se em seu bairro há, por exemplo, uma UBS com estratégia saúde da família, composta por ACS'S que poderão fazer visitas domiciliares, ofertando atividades grupais e de convivência, com escuta atenta, empática e qualificada, com fluxos claros e estabelecidos para quando houver a necessidade de articulação entre serviços. Este exemplo ilustra uma possibilidade que pode ser muito mais ampla e diversa quando há um serviço com flexibilidade e criatividade para se adequar ao seu território. A Saúde Mental certamente pode ser beneficiada com o fortalecimento da atenção básica no âmbito do SUS.

O Objetivo central deste trabalho focou em conhecer e analisar as características do cuidado ofertado pelo Município no que tange a saúde mental na atenção básica. O diagnóstico situacional realizado tem grande importância descritiva para demonstrar como se dá o acesso. A ausência de intencionalidade na busca ativa, o cuidado individualizado e medicamentoso e a dificuldade na articulação, por exemplo, são fatores que se constituem como barreira nas diferentes dimensões do acesso ao serviço e sobretudo, ao cuidado. Mas essa descrição não pode ser passiva, mas pode ser também instrumento para balizar as ações futuras e intervir na realidade, culminando num serviço mais organizado e disponível para atender as demandas da população à que serve.

Os achados expostos podem englobar diferentes aspectos do acesso, mas juntos demonstram que a saúde mental na atenção básica do município não está sendo realizada de maneira psicossocial. Estas brechas no funcionamento da rede não demonstram somente a necessidade de aperfeiçoamento dos fluxos e processos de trabalho, mas também um processo social bastante profundo e complexo<sup>17</sup>, uma herança do saber-fazer biomédico, medicalizante, em que não há a plena participação dos usuários, familiares e trabalhadores em uma rede de cuidado dinâmica e criativa. É necessário, portanto, o resgate do cuidado psicossocial para embasar a criação de fluxos e processos trabalhos de acordo com estes preceitos e a realidade territorial.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
2. Giovanella L, Escorel S, Costa-Lobato LV, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2nd rev. ed. RJ: Fiocruz; 2012. 16, Atenção Primária à Saúde; p. 493-547.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.
4. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4th rev. ed. aum. RJ: Fiocruz; 2007. 124 p. ISBN: 978-85-7541-430-9.
5. Alves CFO, Ribas VR, Alves EVR, Viana MT, Ribas RMG, Melo-Junior LP. Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*. 2009;1(72):85-96.
6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 2001
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.
8. BRASIL. Ministério Da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 34: Saúde Mental, Brasília - DF, 2015.
9. Cardoso Luana Cristina Bellini, Marcon Sonia Silva, Rodrigues Thamires Fernandes Cardoso da Silva, Paiano Marcelle, Peruzzo Hellen Emília, Giaccon-Arruda Bianca Cristina Ciccone et al . Assistência em saúde mental na Atenção Primária: perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2022; Disponível em: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672022001000204&lng=en](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022001000204&lng=en).
10. Lobo dos Santos F, Silva LAV da. Atenção Básica e Saúde Mental: Relato Praxiográfico de uma Tecnologia de Cuidado. *Psicol cienc prof.* 2022;42 (Psicol. cienc. prof., 2022 42):e243075. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243075>
11. Lancetti A, et al. Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2001. 224 p.
12. Pupo LR, et al. Saúde mental na Atenção Básica: Identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *SAÚDE DEBATE*. 2020;44(3):107-127.
13. Lauridsen-Ribeiro E, Lykouropoulos CB. O Capsi e o desafio da gestão em rede. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2016. 12, Presença viva da saúde mental no território: Construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes; p. 161-193.
14. BRASIL. Ministério Da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada, Brasília - DF, 2009.
15. Minóia NP, Minozzo F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicol cienc prof [Internet]*. 2015Oct;35(Psicol. cienc. prof., 2015 35(4)). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001782013>
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea, Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília - DF, 2011.
17. Amaral CEM, et al. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: Efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface: Com., Saúde e educ.*

2018;22(66):801-812

18. Brasil. Presidência da República. Decreto Nº 11.098, De 20 De Junho De 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Diário oficial da União, 2022.

19. Brasil. Presidência da República. Decreto Nº 11.358, De 1º De Janeiro De 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. Diário oficial da União, 2023

20. SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Banco de Dados de Informações dos Municípios Paulistas. São Paulo: 2022. Departamento Gráfico da Fundação SEADE.

21. Vidali A. A História do Município de Francisco Morato: Muito além da cidade-dormitório. 1st ed. São Paulo: Gilberto Araújo Rosa; 2019. 84 p

## ANEXOS/APÊNDICES

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

#### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ONLINE - TRABALHADORES E GESTORES MUNICIPAIS

Prezado (a),

O (A) Sr (a). Está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a lógica de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de Francisco Morato. Esta pesquisa faz parte de um projeto sobre: “Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato”, que tem como objetivo descrever e analisar a organização do Sistema Único de Saúde e o cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde de Francisco Morato que concordarem em participar. A entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos, será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores (as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise. A transcrição da entrevista ficará em posse da coordenadora da pesquisa e ficará armazenada em segurança durante o período de 5 anos.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu trabalho.

O (A) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Santos Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo email [fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br](mailto:fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo email [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br), ou pelo telefone (11) 3116-8507 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Em virtude dessa entrevista estar sendo realizada de forma remota, por meio on-line, a autorização será gravada e o (a) senhor (a) receberá uma via do termo por e-mail assinada pela responsável pela pesquisa.

Você declara que obteve de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante desta entrevista e concorda com a participação neste estudo?

Data:        /        /

---

Nome do responsável pela entrevista

-----

Assinatura do responsável pela entrevista

## ENTREVISTA - COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL - EIXO SAÚDE MENTAL

### I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde quando está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como coordenador em SM?)

### II) ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

- Quando começou a ser organizada a RAPS de Francisco Morato? Atualmente, como é composta a Rede de Atenção Psicossocial de Francisco Morato? Quais serviços/pontos de atenção fazem parte?

- Quais os principais problemas que vocês têm enfrentado, desde o começo até hoje, para a estruturação dessa rede, e para a implantação de um cuidado mais psicossocial?

- Qual é o tipo de contratação que os profissionais da rede básica, da rede especializada (CAPS) e da urgência emergência têm com o município? Qual sua percepção sobre este tipo de contrato para o bom funcionamento desta rede? (Pontos positivos e negativos).

- Existe falta de profissionais nos diferentes pontos de atenção da RAPS municipal? Se sim, de quais profissionais? (Psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores, oficineiros, etc...)

- Qual é o papel do ambulatório em saúde mental no município? (O que faz, o que atende? Quem atende? (Suas especificidades). Qual sua relação com os outros equipamentos da RAPS?

- Qual sua percepção sobre a articulação da atenção básica com a atenção especializada com relação às demandas de saúde mental? (Pontos fortes e fracos).

- Como você avalia o *trabalho em rede* dos serviços que compõem a RAPS? Os serviços da RAPS (UBS, Caps etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudança durante a após a pandemia?

- Como se dá a comunicação entre os serviços da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuniões) – Se não tem reuniões? Porque? . Se tem reuniões (Com que frequência e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuniões têm ajudado no bom funcionamento dessa rede de atenção?

- Existe a prática de matriciamento? Que serviços participam? (quem dá apoio matricial a quem?) Como ela se dá? Quais os pontos fortes e frágeis?
- Existe articulação intersetorial para a atenção psicossocial? Com que secretarias ou instituições? Como você avalia esta articulação? (Pontos fortes e fracos).

### III) ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:

- Quais são as principais demandas e necessidades em saúde mental que tem aparecido no município? (Demandas, e problemas mais prevalentes)? Isto mudou durante e após a pandemia?
- Como são identificados os problemas de saúde mental no município? Existe alguma forma intencional de rastreamento dessas demandas e necessidades? (instrumento para identificação/rastreamento dos problemas de saúde mental).
- Existe alguma linha de cuidado específica, fluxo de atenção/ protocolos de assistência estabelecido entre os serviços da RAPS, **para o uso abusivo de álcool e outras drogas?** (papéis de cada serviço). Existem comunidades terapêuticas? Se sim, como elas atuam na RAPS (seu papel na RAPS)?
- Existe uma linha de cuidado específica, fluxo de atenção/ protocolos de assistência estabelecido entre os serviços da RAPS, **para as situações de violência** (papel da AB, atenção especializada e urgência emergência)? (Para mulheres, crianças e adolescentes, idosos)?
- Existe uma linha de cuidado específica, fluxo de atenção/ protocolos de assistência estabelecida entre os serviços da RAPS, **para as situações de crise (papéis de cada serviços)? (para surtos psicóticos, crises de abstinência e intoxicação e tentativas de suicídio)?**
- Existem outras linhas de cuidado/fluxos de atenção/protocolos de assistência já estabelecidos em SM no município, ou na região?
- Qual sua avaliação sobre o uso de psicotrópicos no município? (alto uso, baixo uso, tem aumentado, diminuído, que grupos ou faixas etárias mais usam, etc...). Quais os tipos de psicotrópicos que mais são comprados e distribuídos (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos etc.)? Falta psicotrópicos nas unidades? Existe um critério para sua dispensação?
- Existe a prática de troca de receitas no município? Como e quando acontece?
- Os profissionais da RAPS (da AB, a especializada, e urgência emergência) realizam visitas domiciliares? Em que situações ou circunstâncias?
- Qual é a referência para internação psiquiátrica/ ou em saúde mental no município? Em que situações esta internação ocorre e por quanto tempo? Quais os pontos fortes e frágeis da internação em saúde mental no município?

- Existem ações de formação continuada e capacitação em saúde mental para os profissionais da RAPS municipal? Que tipo de ações? Sobre quais temáticas? Quem oferece? Com qual periodicidade? (Pontos fortes e frágeis).

Quais são a seu ver os pontos fortes e frágeis da RAPS municipal?

## ENTREVISTA – GERENTE DE CAPS IJ - EIXO SAÚDE MENTAL

-

### I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como gerente de CAPS IJ?)

### II) ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- Desde quando este serviço existe? Ele é administrado diretamente pela secretaria municipal de saúde ou é uma OS/ administração indireta?

- Qual são os horários e dias de funcionamento desta unidade? Este serviço é porta aberta ou funciona também por agendamento prévio de consultas? Quando existe agendamento? (Como isso é feito?)

- Quais/quantos profissionais compõem atualmente este serviço? Qual o tipo de contratação? O número de funcionários é suficiente? Comente.

- Quais o perfil dos usuários atendido neste serviço? (Faixa etária dos usuários, sexo, raça, nível sócio econômico, escolaridade, população em situação de rua). Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários, durante e após a pandemia? Qual?

- Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo serviço? (Mudou durante ou pós pandemia?)

- Quais são as principais demandas, necessidades e problemas de saúde mental, trazidas pelos usuários e suas famílias para o CAPSij? Quais problemas de sofrimento mental vocês têm atendido? Houve alguma alteração dessas demandas durante e após a pandemia? Comente.

- Como normalmente os usuários chegam até o serviço ou ficam sabendo dele? Quem recebe os usuários e suas famílias ao chegarem na unidade? (Recepção). Existe um momento de acolhimento dos usuários? O que é feito neste momento? Quem realiza? Qual o objetivo dessa atividade? Como tem sido feita a avaliação de risco? Existe alguma priorização de demandas?

- Você acha que existe alguma barreira de acesso no município, para problemas psicossociais e de saúde mental de crianças e adolescentes? Existe alguma barreira de acesso - algo que dificulte o acesso - no serviço? Explique.

### III) CUIDADO OFERTADO EM SAÚDE MENTAL:

- Qual é o fluxo de atendimento dos usuários e suas famílias, desde a sua chegada ao serviço até sua inserção em abordagens de cuidado/ encaminhamentos. Existem múltiplos fluxos, ou existem fluxos estabelecidos? Explique.

- Como é feito o planejamento do cuidado dos usuários do serviço? É realizado um PTS com todos os usuários e famílias atendidos? Como ele acontece? Quem participa? Ele é revisto no decorrer do tempo? Em que situações/momentos ele é revisto? Como vocês decidem a frequência dos usuários no CAPSij?

- Existe equipe ou profissional de referência para o acompanhamento das crianças/adolescentes e suas famílias na unidade, ou entre as unidades da RAPS? Explique.

- Quais ações e abordagens de cuidado em saúde mental são oferecidas hoje pelo CAPSij para as situações de sofrimento mental? Quais profissionais participam? Essas atividades são fixas no serviço ou mudam dependendo das demandas dos usuários? Como decidem quem participa de qual atividade?

- Existem linhas de cuidado/fluxos de atenção/protocolos de assistência já estabelecidos em SM para crianças e adolescentes do município, ou na região? (Situações de violência ou abuso, autismo, deficiências mental/cognitiva, uso abusivo de álcool e drogas, tentativas de suicídio, crises psicóticas... etc).

- Existe cuidado feito em rede com a participação de mais de um ponto de atenção? (Explique).

- O CAPSij participa de algum tipo de cuidado, acompanhamento, orientação ou tratamento de situações de sofrimento mental por meio de visitas domiciliares? Quando isso ocorre? Quem participa? O que é feito nessas visitas? Com que frequência? Explique.

- Quando que os casos de saúde mental de crianças e adolescentes são encaminhados para outros pontos de atenção? (UBS, UPA, CAISM, CRAS, CREAS, Núcleo de Violência)? Como você avalia os encaminhamentos realizados? Existe monitoramento/acompanhamento dos casos encaminhados?

- Como acontece o monitoramento/ acompanhamento dos casos encaminhados? Os usuários atendidos na unidade são contra referenciados para a UBS/ESF em outro momento? A UBS continua em contato atendendo demandas de saúde ou acompanhando casos estabilizados e assintomáticos? Explique/ Comente.

- O que vocês consideram casos de urgência/emergência em saúde mental para crianças e adolescentes? O que consideram de risco alto e risco baixo?

- Qual é cuidado ofertado pela unidade em situações de crise para crianças e adolescentes (crises psicóticas, crises de pânico, tentativas de suicídio, intoxicação ou abstinência por uso de drogas, situações de abuso e violência, situações de negligência)? Houve alguma mudança na frequência dessas situações, durante e após a pandemia? Existe um fluxo ou linha de cuidado em rede para tais situações? Qual? Qual sua avaliação do atendimento à situações de crise em saúde mental para crianças e adolescentes no município? (Pontos fortes e pontos fracos).

- Como ocorre hoje a dispensação de psicotrópicos para crianças e adolescentes na unidade? Quais os tipos psicotrópicos mais são dispensados (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos etc.)? Falta psicotrópicos nas unidades? Existe um critério para sua dispensação? Todos os usuários tomam psicotrópicos?

- Existe a prática de troca de receitas na unidade? Como e quando acontece?

- Os usuários e suas famílias participam da decisão a respeito do tratamento medicamentoso (medicação a ser tomada, dosagem, mudanças na dosagem e momento de interrupção da

mesma)? Se sim, como é feito isso? Existem grupos com esta proposta? (GAM, redução de danos de medicações)?

- Qual é a referência para internação psiquiátrica/ em saúde mental de crianças e adolescentes no município? Em que situações esta internação ocorre e por quanto tempo? Qual é o papel do CAPSij no momento de internação, durante a internação e depois dela? Quais os pontos fortes e frágeis da internação em saúde mental no município?

- Qual o papel da família no cuidado? Existe cuidado para as famílias?

- Existem estratégias de reabilitação e reinserção psicossocial? Quais são e como acontecem?

#### IV) TRABALHO EM REDE E NO TERRITÓRIO:

-

- Como você avalia o *trabalho em rede* dos serviços que compõem a RAPS? Os serviços da RAPS (UBS, CAPS etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudança durante e após a pandemia?

- Como se dá a comunicação entre os serviços da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuniões) – Se não tem reuniões? Porque? Se tem reuniões (Com que frequência e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuniões têm ajudado o bom funcionamento dessa rede de atenção?

- O CAPSij realiza apoio matricial para outros pontos de atenção da RAPS? Para quais pontos de atenção? Quando isso acontece? Como esta prática contribuiu para o cuidado ofertado (pontos fortes e fracos).

- Existe alguma articulação com outros serviços para identificação das demandas psicossociais? (Rede SUAS, Sec. Educação, UPA, CAISM) para esta identificação. Comente.

- Existe articulação intersetorial para o cuidado conjunto das demandas psicossociais? (Rede SUAS, Sec. Educação, Equipamentos da Cultura/ esporte, ONGs etc.). Que tipo de articulação existe? O que fazem juntos? Com qual frequência? Comente.

- Os profissionais do CAPSij executam ações/atividades com a população na comunidade e no território? Em que situações? Existe alguma articulação em rede ou intersetorial para essas ações?

- Existem ações de formação continuada e capacitação em saúde mental para os profissionais da RAPS municipal? Que tipo de ações? Sobre quais temáticas? Quem oferece? Com que frequência? (Pontos fortes e frágeis). Você sente falta de algum tipo específico de formação/capacitação na temática de atenção psicossocial e saúde mental? Qual?

-



## ENTREVISTA – GERENTE DE CAPS II ADULTO - EIXO SAÚDE MENTAL

-

### I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde quando está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como gerente de CAPS adulto?)

### II) ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- Desde quando O CAPS II existe? Ele é administrado diretamente pela secretaria municipal de saúde ou é uma OS/ administração indireta?

- Quais são os horários e dias de funcionamento desta unidade? Este serviço é porta aberta ou funciona também por agendamento prévio de consultas? Quando existe agendamento? (Como isso é feito?)

- Quais/quantos profissionais compõem atualmente este serviço? Qual o tipo de contratação? O número de funcionários é suficiente? Comente.

- Qual o perfil dos usuários atendidos neste serviço? (Grupos populacionais mais atendidos: faixa etária, sexo, raça, nível sócio econômico, escolaridade, população em situação de rua). Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários, durante e após a pandemia? Qual?

- Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo serviço? (Mudou durante ou pós pandemia?)

- Quais são as principais demandas, necessidades e problemas de saúde mental, trazidas pelos usuários para o CAPS II? Quais problemas de sofrimento mental vocês têm atendido? Houve alguma alteração dessas demandas durante e após a pandemia? Comente.

- Como normalmente os usuários chegam até o serviço ou ficam sabendo dele? Quem recebe os usuários ao chegar na unidade? (Recepção). Existe um momento de acolhimento do usuário? O que é feito neste momento? Quem realiza? Qual o objetivo dessa atividade? Como tem sido feita a avaliação de risco? Existe alguma priorização de demandas?

- Você acha que existe alguma barreira de acesso para os problemas psicossociais e relacionados à saúde mental no município? Existe alguma barreira de acesso - algo que dificulte o acesso - ao serviço? Explique.

### III) CUIDADO OFERTADO EM SAÚDE MENTAL:

- Qual é o fluxo de atendimento dos usuários desde a sua chegada ao serviço até sua inserção em abordagens de cuidado/ encaminhamentos. Existem múltiplos fluxos, ou existem fluxos pré estabelecidos? Explique.

- Como é feito o planejamento do cuidado em saúde mental? É realizado um PTS com todos os usuários e famílias atendidos? Como ele acontece? Quem participa? Ele é revisto no decorrer do tempo? Em que situações/momentos ele é revisto? Como vocês decidem a frequência dos usuários no CAPS II?

- Existe equipe ou profissional de referência para o acompanhamento do atendimento do usuário na unidade ou entre as unidades da RAPS? Explique.

- Quais ações e abordagens de cuidado em saúde mental são oferecidas hoje pelo CAPS II para as situações de sofrimento mental? Quais profissionais participam? Essas atividades são fixas no serviço ou mudam dependendo das demandas dos usuários? Como decidem quem participa de qual atividade?

- Quando os casos de saúde mental são encaminhados para outros pontos de atenção? (UBS, UPA, CAISM, CRAS, CREAS, Núcleo de Violência)? Como você avalia os encaminhamentos realizados? Existe monitoramento/acompanhamento dos casos encaminhados? Como acontece o monitoramento/ acompanhamento dos casos encaminhados?

- Os usuários atendidos na unidade são contra referenciados para a UBS/ESF em outro momento? A UBS continua em contato atendendo demandas de saúde ou acompanhando casos estabilizados e assintomáticos? Explique/ Comente.

- Existem linhas de cuidado/fluxos de atenção/protocolos de assistência já estabelecidos em SM no município, ou na região? (Situações de violência ou abuso, uso abusivo de álcool e drogas, tentativas de suicídio, crises psicóticas... etc).

- Existe cuidado conjunto feito em rede com a participação de mais de um ponto de atenção?(Explique).

- O CAPS participa de algum tipo de cuidado, acompanhamento ou tratamento de situações de sofrimento mental nas visitas domiciliares? Quem participa? O que é feito nessas visitas? Com que frequência? Explique.

- O que vocês consideram casos de urgência/emergência? E o que consideram de risco alto e risco baixo?

- Qual é cuidado ofertado pela unidade em situações de crise (crises psicóticas, crises de pânico e tentativas de suicídio)? Houve alguma mudança na frequência dessas situações, durante e após a pandemia? Existe um fluxo ou linha de cuidado em rede para tais situações? Qual? Qual sua avaliação do atendimento à situações de crise no município? (pontos fortes e pontos fracos).

- Como ocorre hoje a dispensação de psicotrópicos na unidade? Quais os tipos psicotrópicos mais são dispensados (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos etc.)? Falta psicotrópicos nas unidades? Existe um critério para sua dispensação? Todos os usuários tomam psicotrópicos?

- Existe a prática de troca de receitas na unidade? Como e quando acontece?

- Os usuários participam da decisão a respeito do tratamento medicamentoso (medicação a ser tomada, dosagem, mudanças na dosagem e momento de interrupção da mesma)? Se sim,

como é feito isso? Existem grupos com esta proposta? (GAM, redução de danos de medicações)?

- Qual é a referência para internação psiquiátrica/ em saúde mental no município? Em que situações esta internação ocorre e por quanto tempo? Qual é o papel do CAPS II no momento de internação, durante a internação e depois dela? Quais os pontos fortes e frágeis da internação em saúde mental no município?

- Qual o papel da família no cuidado? Existe cuidado para as famílias?

- Existem estratégias de reabilitação e reinserção psicossocial? Quais são e como acontecem?

#### IV) TRABALHO EM REDE E NO TERRITÓRIO:

-

- Como você avalia o *trabalho em rede* dos serviços que compõem a RAPS? Os serviços da RAPS (UBS, CAPS etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudança durante e após a pandemia?

- Como se dá a comunicação entre os serviços da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuniões) – Se não tem reuniões? Porque? Se tem reuniões (Com que frequência e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuniões têm ajudado o bom funcionamento dessa rede de atenção?

- Existe alguma articulação com outros serviços para identificação das demandas psicossociais? (Rede SUAS, Sec. Educação, UPA, CAISM) para esta identificação. Comente.

- Existe articulação intersetorial para o cuidado conjunto das demandas psicossociais? (Rede SUAS, Sec. Educação, Equipamentos da Cultura/ esporte, ONGs etc.). Que tipo de articulação existe? O que fazem juntos? Com qual frequência? Comente.

- Os profissionais do CAPS executam ações/atividades com a população na comunidade e no território? Em que situações? Existe alguma articulação em rede ou intersetorial para essas ações?

- Existem ações de formação continuada e capacitação em saúde mental para os profissionais da RAPS municipal? Que tipo de ações? Sobre quais temáticas? Quem oferece? Com que frequência? (Pontos fortes e frágeis). Você sente falta de algum tipo específico de formação/capacitação na temática de atenção psicossocial e saúde mental? Qual?

## ENTREVISTA – GERENTE DA UPA - EIXO SAÚDE MENTAL

-

### I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como gerente de UPA?)

### II) ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E ACESSO:

- Desde quando este serviço existe? Ele é administrado diretamente pela secretaria municipal de saúde ou é uma OS/ administração indireta?

- Quais são os horários e dias de funcionamento desta unidade?

- Quais/quantos profissionais compõem atualmente este serviço? Qual o tipo de contratação?

- Este serviço é porta aberta e atende demanda espontânea para questões de sofrimento mental? Em que situações? Para que demandas?

- Quais são as principais demandas, necessidades e situações de crise em saúde mental atendidas pela UPA? (Tentativas de suicídio, crises de abstinência ou intoxicação por álcool ou outras drogas, crises de pânico, de mania ou psicóticas, violências). Houve alteração dessas demandas durante e após a pandemia? (Aumento de tentativas de suicídio, crises por uso abusivo de álcool e drogas, crises de pânico ou psicóticas). Comente.

- Como estas demandas e necessidades chegam à UPA? Que pontos de atenção encaminham?

- Como é feita a recepção de usuários em crises associadas ao sofrimento mental? Existe um momento de acolhimento do usuário? O que é feito neste momento? Quem realiza? Qual o objetivo dessa atividade? É feita uma avaliação/classificação de risco? De que tipo? Existe alguma priorização de demandas?

- Você acha que existe alguma barreira de acesso para o atendimento às situações de crise e necessidades relacionados à saúde mental na UPA? Existe alguma dificuldade para identificar o problema e atender de forma rápida e efetiva essas situações? Explique.

- Qual o papel do SAMU no atendimento à crises em saúde mental no município? O que substitui o SAMU neste primeiro cuidado? Como eles contribuem neste cuidado? Existe alguma dificuldade relacionada ao atendimento da Ambulância no manejo das situações de crise em saúde mental? (Caso não tenha SAMU: existe algum veículo municipal preparado para o atendimento em urgência/emergências de SM)?

### III) CUIDADO OFERTADO EM SAÚDE MENTAL:

- Quem costuma atender e acompanhar as demandas e necessidades de saúde mental na UPA? (quais e quantos profissionais são responsáveis?) Explique.
- Existem ações de contenção às situações de crise, executadas pela UPA? De que tipo? Quando e como elas são utilizadas?
- Quais são as ações de cuidado oferecidas pela UPA, para usuários em situação de crise relacionadas ao sofrimento mental ou ao uso de álcool e outras drogas? Qual o objetivo do cuidado ofertado pela UPA nessas situações? Explique.
- Existem protocolos de atendimento, fluxos ou linhas de cuidado estabelecidos pelo município, para situações de crise em geral ou para crises específicas (tentativas de suicídio, crises de abstinência ou intoxicação por álcool ou outras drogas, crises de pânico, crises de mania ou psicóticas, situações de violência)? Explique.
- O atendimento às situações de crise é executado em rede, ou seja, é feito concomitantemente por mais de um ponto de atenção? Explique como isso acontece.
- Existe algum momento dialógico e de escuta com o usuário em situações de crise onde se busca compreender o motivo da crise ou seu conteúdo? Os usuários em crise participam da decisão a respeito do tratamento a ser realizado? Explique.
- Os psicotrópicos são administrados a todos os pacientes em situação de crise em saúde mental, ou somente a alguns? Quais os tipos psicotrópicos são mais administrados? Os psicotrópicos são utilizados de forma endovenosa? Em que situações? Existe um critério para sua dispensação? Qual a participação do usuário na decisão sobre o medicamento? Explique.
- Qual é a referência para internação psiquiátrica/ em saúde mental no município? Em que situações esta internação ocorre e por quanto tempo? Quais os pontos fortes e frágeis da internação em saúde mental no município?
- Durante quanto tempo o usuário em crise ou com necessidades relacionadas ao sofrimento mental fica na UPA? Como é feita a continuidade deste cuidado? Existem ações de contra referência? (Voltar para UBS, CAPS, Ambulatório de SM, Núcleo de Violência)? Como isso é feito?
- É feito um planejamento do cuidado em saúde mental (ou um PTS) com os usuários em crise que chegam ao serviço? Se sim, quem participa? Qual o objetivo?
- Os CAPS ou o Ambulatório de Saúde Mental, oferecem apoio matricial, discussões de caso, ou fazem atendimento conjunto com os profissionais da UPA para as situações de crise? Explique.
- Existem equipes ou profissionais de referência da assistência especializada ou básica que acompanham os usuários durante o período que eles ficam na UPA ou internados? Explique.

#### IV) TRABALHO EM REDE E NO TERRITÓRIO:

- Como você avalia o *trabalho em rede* dos serviços que compõem a RAPS? Os serviços da RAPS (UBS, CAPS etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudança durante a após a pandemia?
- Como se dá a comunicação entre os serviços da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuniões) – Se não tem reuniões? Porque?

- Se tem reuniões (Com que frequência e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuniões têm ajudado o bom funcionamento dessa rede de atenção?)
- Os profissionais da UPA participam de ações/atividades com a população no território? Em que situações?
- Existem ações de formação continuada e capacitação em saúde mental para os profissionais da UPA? Que tipo de ações? Sobre quais temáticas? Quem oferece? Com que frequência? (Pontos fortes e frágeis). Você sente falta de algum tipo específico de formação/capacitação na temática de atenção psicossocial e saúde mental? Qual?

**ENTREVISTA – COORDENADOR DO NÚCLEO DE VIOLÊNCIA****EIXO SAÚDE MENTAL****I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como coordenadora do Núcleo de Violência?)

**II) ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:**

1. Desde quando existe o Núcleo de Violência de Francisco Morato e quais são seus objetivos? Ele é municipal e faz parte da área de saúde ou ele é transversal e Inter secretarial? Explique.

2. Quais/quantos profissionais compõem atualmente este Núcleo? Qual o tipo de contratação destes funcionários? O número de funcionários é suficiente para o trabalho? Comente.

3. Como ele funciona? Ele é acionado pelos outros pontos de atenção da rede de saúde? É acionado pelos usuários da rede? É acionado por outras secretarias? Explique.

4. Existe uma estratégia de rastreamento de casos de violência?

5. Que tipos de demandas e problemas este núcleo atende (queixas de violência física, sexual, psicológica? Comente

6. Qual o perfil dos usuários atendidos pelo Núcleo? (Grupos populacionais mais atendidos: faixa etária, sexo, raça, nível sócio econômico, escolaridade, população em situação de rua). Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários, durante e após a pandemia? Qual?

7. Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo Núcleo? Quanto é a demanda mensal de atendimento do Núcleo? (Mudou durante ou pós pandemia?).

8. Como normalmente os usuários chegam até o Núcleo? Quem recebe os usuários que chegam ao Núcleo? (Recepção). Existe um momento de acolhimento do usuário? O que é feito neste momento? Qual o objetivo dessa atividade? Existe uma avaliação de risco? Existe alguma priorização de demandas?

9. Foi percebido algum aumento dos casos de violência no município durante a pandemia? De que tipo (à mulher, à criança, à adolescentes e à idosos)? Houve verificação ou acompanhamento das ocorrências durante este período?

10. Existe uma linha de cuidado/fluxo municipal ou protocolo de cuidado previamente estabelecido para os diferentes tipos de violência ou para as diferentes populações (crianças/adolescentes, mulheres, idosos)? Explique.

11. Qual é o tipo de cuidado ofertado pelo Núcleo (abordagens de cuidado utilizadas) para essas situações? O que é feito? O cuidado é feito em rede ou apenas pelo Núcleo? Qual a participação de outros pontos de atenção?

12. Quando os casos são encaminhados para outros pontos de atenção? (UBS, UPA, CAISM, CRAS, CREAS, CAPS II, CAPS ad, CAPS, IJ)? Como você avalia os encaminhamentos realizados? Existe monitoramento/acompanhamento dos casos encaminhados? Como acontece o monitoramento/ acompanhamento dos casos encaminhados?

13. Quais os serviços de referência para casos de violência contra criança, adolescentes, mulher e idosos? Como tem sido a articulação entre os serviços?

14. Na sua avaliação, como tem sido a atuação deste Comitê de Violência frente aos casos de violência contra mulheres? Quais os fluxos estabelecidos para o atendimento de mulheres em situação de violência?

15. Na sua avaliação, como tem sido a atuação deste Comitê de Violência frente aos casos de violência contra a criança e adolescentes? Quais os fluxos estabelecidos para o atendimento das crianças e suas famílias?

16. Como tem sido a atuação deste Comitê de Violência frente aos casos de violência contra idosos? Quais os fluxos estabelecidos para o atendimento de idosos em situação de violência?

17. Que tipo de articulação com outros órgãos/ instituições e secretarias vocês tem para o enfrentamento dessas questões? Vocês têm parceria ou fluxo de trabalho conjunto com o SUAS e seus pontos de atenção? Quando? Como isso funciona?

18. O município fez alguma campanha relacionada à violência durante a pandemia?

19. O município fez alguma capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento de casos de violência identificados no território ou nos serviços de saúde?

20. Existe algo a acrescentar sobre o Núcleo que não foi abordado?

## ENTREVISTA – GERENTE DE UNIDADE BÁSICA - EIXO SAÚDE MENTAL

-

### I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como gerente de USF?)

### II) ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- Desde quando este serviço existe? Ele é administrado diretamente pela secretaria municipal de saúde ou é uma OS/ administração indireta?

- Este serviço é porta aberta ou funciona por agendamento prévio de consultas? Existe demanda espontânea e porta aberta para questões de sofrimento mental? E agendamento específico para saúde mental?

- Quais o perfil do usuário atendido neste serviço? (Grupos populacionais mais atendidos: faixa etária, sexo, raça, nível sócio econômico, escolaridade, população em situação de rua). Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários, durante e após a pandemia? Qual?

- Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo serviço? Quantos usuários/famílias com demanda de saúde mental?

- Quais são as principais demandas e necessidades de saúde mental trazidas pelos usuários para a UBS? Houve alteração durante e após a pandemia? (Demandas de insônia, síndrome do pânico, distúrbios alimentares, ansiedade e depressão, tentativas de suicídio, violência, uso abusivo de álcool). Comente.

- Como a UBS atualmente identifica as necessidades e demandas psicossociais e de sofrimento mental? Quais as principais estratégias? (Visitas? Consultas médicas e de enfermagem? Encaminhamentos? Troca de receitas? Sala de espera? Grupos? Demanda espontânea? Instrumento para identificação/rastreamento?)

- Existe um acolhimento específico para demandas e necessidades psicossociais ou em saúde mental? Explique. (Quem participa e como funciona?). Você acha que existe alguma barreira de acesso para problemas psicossociais e relacionados à saúde mental?

### III) CUIDADO OFERTADO EM SAÚDE MENTAL:

- Quem costuma atender e acompanhar as demandas e necessidades psicossociais e de saúde mental na unidade? Explique.

- Quais ações e abordagens de cuidado em saúde mental são oferecidas hoje pela UBS para as situações de sofrimento mental e psicossocial? Quais profissionais participam?
- É feito um planejamento do cuidado em saúde mental, ou um PTS com os usuários e famílias atendidos?
- Existe apoio matricial para o atendimento de demandas e necessidades em saúde mental? Quem oferece esse apoio? Quando isso acontece? Como esta prática contribui para o cuidado ofertado (pontos fortes e fracos).
- Em que situações problemas de saúde mental são encaminhados para os CAPS do município? Quando são encaminhados para a UPA? Quando são encaminhados para o CAISM? E para o Núcleo de Violência? Existe algum outro tipo de encaminhamento? Como você avalia os encaminhamentos realizados pela UBS para outros serviços?
- Como acontece o monitoramento/ acompanhamento dos casos encaminhados? Eles são contra referenciados para a UBS/ESF em outro momento? A UBS continua em contato atendendo demandas de saúde ou acompanhando casos estabilizados e assintomáticos? Explique/ Comente.
- Ocorre algum tipo de rastreamento, cuidado, acompanhamento ou tratamento de situações de sofrimento mental nas visitas domiciliares? Quem participa? Explique.
- Qual é cuidado ofertado pela unidade em situações de crise (crise psicótica, crises de abstinência e intoxicação e tentativas de suicídio)? Houve alguma mudança na frequência dessas situações, durante e após a pandemia? Existe um fluxo ou linha de cuidado em rede para tais situações? Qual?
- Como ocorre hoje a dispensação de psicotrópicos na unidade? Quais os tipos psicotrópicos mais são dispensados (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos etc.)? Falta psicotrópicos nas unidades? Existe um critério para sua dispensação?
- Existe a prática de troca de receitas na unidade? Como e quando acontece?
- Os usuários participam da decisão a respeito do tratamento medicamentoso (medicação a ser tomada, dosagem e momento de interrupção da mesma)? Se sim, como é feito isso?
- Qual é a referência para internação psiquiátrica/ em saúde mental no município? Em que situações esta internação ocorre e por quanto tempo? Quais os pontos fortes e frágeis da internação em saúde mental no município?

#### IV) TRABALHO EM REDE E NO TERRITÓRIO:

- 
- Existe alguma articulação com outros serviços/Secretarias para identificação das demandas psicossociais? (rede SUAS, Sec. Educação, Sec, Esporte, Cultura, UPA, CAISM). Comente.
- Existem linhas de cuidado/fluxos de atenção/protocolos de assistência já estabelecidos em SM no município, ou na região? (situações de violência ou abuso, uso abusivo de álcool e drogas, tentativas de suicídio, crises psicóticas... etc).

- Como você avalia o *trabalho em rede* dos serviços que compõem a RAPS? Os serviços da RAPS (UBS, Caps etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudança durante a após a pandemia?
- Como se dá a comunicação entre os serviços da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuniões) – Se não tem reuniões? Porque?
- Se tem reuniões (Com que frequência e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuniões têm ajudado o bom funcionamento dessa rede de atenção?
- Existe a prática de matriciamento? Como ela tem funcionado? Quando ela acontece? Que serviços e profissionais participam? Quais os pontos fortes e frágeis?
- Os profissionais da unidade executam ações/atividades com a população na comunidade e no território? Em que situações? Existe alguma articulação em rede ou intersetorial para essas ações?
- Existem ações de formação continuada e capacitação em saúde mental para os profissionais da RAPS municipal? Que tipo de ações? Sobre quais temáticas? Quem oferece? Com que frequência? (Pontos fortes e frágeis). Você sente falta de algum tipo específico de formação/capacitação na temática de atenção psicossocial e saúde mental? Qual?