



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Josiane Fernandes Lozigia Carrapato

**AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE AÇÕES DE
ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

**Botucatu
2018**

Josiane Fernandes Lozigia Carrapato

**AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DE AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL
EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do
título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

**Botucatu
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: LUCIANA PIZZANI-CRB 8/6772

Carrapato, Josiane Fernandes Lozigia.

Avaliação da organização de ações de atenção à saúde
mental em serviços de atenção primária / Josiane Fernandes
Lozigia Carrapato. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Drogas - Abuso. 3.
Saúde mental.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Avaliação em
saúde; Dependência de substâncias psicoativas; Saúde
mental; Transtorno mental.

DEDICATÓRIA

A Deus,

Por iluminar meu caminho, me guiando sempre.

Por permitir a aquisição de conhecimento, me fazer plena e ter a certeza absoluta que nada sei.

À minha Família

Aos meus pais por me proporcionarem poder trilhar o caminho do conhecimento e por me ensinarem valores sublimes, como a humildade e a honestidade.

Aos meus irmãos, Joanielson e Juliana, por caminharmos juntos nesta jornada.

Ao meu esposo pela dedicação à família na minha ausência. São 27 anos de união e de muito aprendizado.

Aos meus filhos, Leonardo e Murilo, por proporcionarem o desenvolvimento da maternidade e com ela o verdadeiro significado de amor incondicional. Amo vocês mais que tudo nesta vida.

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora – Doutora Elen Rose Lodeiro Castanheira,

Por toda dedicação, confiança e oportunidades dadas a mim durante o percurso do doutorado, sobretudo agradeço-a por ter compartilhado comigo conhecimentos e experiências sobre a saúde pública. Todos os momentos foram enriquecedores e serão inesquecíveis.

À Equipe QualiAB,

À equipe QualiAB meus sinceros agradecimentos pelos momentos compartilhados e esforços depreendidos nos diversos processos da pesquisa. Compartilhar conhecimentos é essencial na vida do ser humano.

Agradecimentos especiais também a todos os pesquisadores do QualiRede, com quem tive o prazer de desfrutar momentos únicos e muito prazerosos.

À minha amiga Nádia Placideli Ramos,

Agradeço-a por todos os momentos especiais compartilhados entre nós, tanto na troca de experiências e conhecimentos no âmbito profissional e de estudos da tese, mas acima de tudo à vida pessoal. Amigas para sempre! O doutorado nos proporcionou a amizade, quero-a guardar dentro do peito eternamente!

À minha amiga Carolina Siqueira Mendonça,

Agradeço-a pelo compartilhamento de conhecimento, pelas longas horas discutindo assuntos relacionados à saúde mental. Hoje e amanhã seremos amigas.

À Diretoria Regional de Saúde de Bauru (DRS VI),

Agradecimentos pela viabilização para a coleta dos dados que compõem este estudo.

Ao Doutor José Eduardo Corrente,

Agradecimentos com carinho, por sua imensa paciência nos inúmeros encontros para análise dos dados, foram muitos. Obrigada por tudo!

EPÍGRAFE

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”. (Fernando Pessoa)

**“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas”
(Nise da Silveira)**

RESUMO

Os problemas sociais, econômicos e familiares aumentam, significativamente, o surgimento de transtornos mentais, além da dependência de substâncias psicoativas. O bem-estar mental é um componente fundamental na definição de Saúde da Organização Mundial de Saúde, pois permite às pessoas perceberem seu potencial, lidar com os estresses normais da vida, trabalhar de forma produtiva, participar e contribuir com sua comunidade. O mundo contemporâneo, o imediatismo para alcançar a felicidade e a busca incansável pela aquisição de “coisas” elevam a prevalência de transtornos mentais comuns. O aumento dos problemas de Saúde Mental amplia necessariamente a responsabilização dos serviços de atenção primária para população com sofrimento psíquico, transtornos mentais, problemas relacionados ao uso abusivo e dependência de drogas, bem como evitar esta patologia, visto que esse nível de atenção desempenha importante papel na assistência, prevenção e promoção da saúde mental, tornando-se evidente a importância de avaliar a oferta e a organização das ações voltadas à população com transtornos mentais, assim como aquelas que evitam situações de risco e vulnerabilidade social nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, essa pesquisa tem como objetivo geral avaliar a qualidade da organização de ações voltadas à saúde mental, em serviços de atenção primária à saúde, em uma Rede Regional de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo. Os objetivos específicos são elaborar indicadores de avaliação da organização das ações de atenção à Saúde Mental na APS; descrever e avaliar a organização de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde mental e a articulação de um trabalho em rede a partir da APS, além de verificar associações entre os diferentes grupos de qualidade na atenção à saúde mental, a partir de variáveis explanatórias. Trata-se de um estudo transversal, exploratório e quantitativo, baseado na elaboração e na aplicação de indicadores de avaliação da organização de práticas de atenção à saúde mental e uso abusivo e dependência de SPA, desenvolvidas em serviços de APS, da RRAS 09. A proposição de indicadores se deu a partir da análise das questões que compõem o instrumento “Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica” – QualiAB, aplicado em 2014. A presente pesquisa utilizou-se, especificamente, dos indicadores relacionadas à atenção da saúde das pessoas com transtornos mentais, incluindo o uso abusivo/dependência de substâncias psicoativas, promoção de ações para evitar fragilização e rompimento de vínculos, e a formação de rede intersetorial. Foram agrupados cento e quarenta indicadores de qualidade, referentes às temáticas estudadas, quanto a saúde mental, baseados nas políticas de saúde mental vigentes no país. Após essa pré-seleção foram construídos quatro domínios, sendo eles: “Promoção à Saúde Mental na APS”, “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na APS”, “Assistência à Saúde Mental na APS” e “Trabalho em Rede e Intersetorialidade na APS”. A partir da criação desses domínios, o plano para análise dos dados foi construído, primeiramente, com processamento das frequências de respostas quanto aos indicadores selecionados, realizadas no programa SPSS versão 20.0. Para análise dos domínios construídos, a fim de identificar grupos de qualidade dos serviços investigados, optou-se pelo teste de k-médias, por meio da técnica de clusters, utilizando o programa Statistic Base, com o agrupamento dos serviços a partir da definição de cinco clusters em relação aos três domínios, separadamente. Foi aplicado o teste de regressão logística múltipla (Programa SAS), para investigar possíveis relações a partir de variáveis explanatórias entre os diferentes grupos de qualidade. Destaca-se como resultados, que as variáveis explanatórias comuns, que se relacionaram ao grupo de serviços de melhor desempenho, foram reuniões de equipe, semanalmente, no último ano, levantamentos sobre a realidade local, por meio de estudos na comunidade, participação de processo avaliativo e no agrupamento dos serviços de menor desempenho prevaleceram ser caracterizados como unidade básica tradicional e não realizar reuniões semanais. Os serviços com melhor desempenho na área da Saúde Mental realizam ações voltadas à prevenção de agravos e problemas de saúde mental. As ações mais frequentes foram palestras, orientações para inscrição em programas sociais, ações de pré-natal abordando o uso de tabagismo e outras drogas, orientações aos cuidadores formais e informais, atenção domiciliar ao idoso, encaminhamentos aos serviços especializados e rede composta por CRAS e CAPS.

Palavras-chave: saúde mental; atenção primária à saúde; avaliação em saúde.

ABSTRACT

Social, economic and family problems increase significantly the onset of mental disorders and psychoactive substance dependence. Mental well-being is a key component of the World Health Organization's definition of Health. Mental Health enables people to fulfill their potential, deal with normal stresses of life, work productively, participate, and contribute to communities. The contemporary world, the immediacy to achieve happiness, and the relentless pursuit of "things" raise the prevalence of common mental disorders. The increase in Mental Health problems necessarily extends the responsibility of primary care services to the population with mental suffering, mental disorders, problems related to drug abuse and dependence, as well as to avoid this pathology. As this level of attention plays an important role in health care, prevention and promotion of mental health, it makes evident the importance of evaluating the supply and organization of actions aimed at the population with mental disorders and those that avoid situations of risk and social vulnerability in Primary Health Care (APS). In this context, this research has as general objective the evaluation of the quality of the organization of actions directed at mental health in primary health care services in a Regional Health Care Network of the state of São Paulo. The specific objectives are to elaborate indicators of evaluation of the organization of actions of attention to Mental Health in PHC; to describe and evaluate the organization of actions to promote, prevent and assist mental health and the articulation of a network based on PHC and to verify associations between the different quality groups in the attention to mental health from explanatory variables. This is a cross-sectional, exploratory and quantitative study based on the elaboration and application of indicators of evaluation of the organization of mental health care practices and abusive use and dependence of SPAs developed in APS services of RRAS 09. The proposal of indicators was based on the analysis of the questions that make up the instrument "Quality Assessment Questionnaire for Basic Care Services" - QualiAB, applied in 2014. The present research used specifically the indicators related to health care of people with mental disorders including abusive use / dependence of psychoactive substances, promotion of actions to avoid fragilization and rupture of bonds and the formation of intersectoral network. One hundred and forty quality indicators related to the themes studied were grouped, regarding mental health, based on the mental health policies in force in the country. After this pre-selection, four domains were built: "Promotion of Mental Health in PHC", "Prevention of Mental Health Problems and Problems in PHC", "PHC Mental Health Assistance" and "Networking and Intersectorality in APS ". From the creation of these domains, the data analysis plan was first constructed with the processing of the response frequencies for the selected indicators, carried out in the SPSS version 20.0 program. For the analysis of the constructed domains, in order to identify groups of quality of the investigated services, the k-means test was chosen by means of the clusters technique, using Statistic Base program with the grouping of the services from the definition of five clusters in relation to the three domains separately. The multiple logistic regression test (SAS Program) was applied to investigate possible relations from explanatory variables between the different quality groups. The results show, that the common explanatory variables which were related to the group of best performing services were weekly team meetings in the last year, surveys of the local reality through community studies and participation in the evaluation process and in the grouping of the performance services prevailed to be characterized as traditional basic unit and not to hold weekly meetings. The services with best performance in the area of Mental Health, carry out actions focused on the prevention of mental health problems. The most frequent actions were lectures, guidelines for enrollment in social programs, prenatal actions addressing the use of smoking and other drugs, guidelines for formal and informal caregivers, home care for the elderly, referrals to specialized services and a network composed of CRAS and CAPS.

Keywords: mental health; primary health care; evaluation; Health Services Evaluation.

TABELAS

Tabela 1 – Frequência Domínio 1. “Promoção à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”	93
Tabela 2 – Frequência Domínio 2. “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”	100
Tabela 3 – Frequência Domínio 3. “Assistência à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”	107
Tabela 4 – Frequência Domínio 4. “Trabalho em Rede e Intersetorialidade na Atenção Primária em Saúde”	111
Tabela 5 – Descrição dos 26 serviços da APS com melhor desempenho na área da Saúde Mental na APS.....	113
Tabela 6 – Descrição dos grupos de qualidade (clusters) em relação ao desempenho médio de cada domínio, dos serviços de APS (N=157) da RRAS 09, 2014.....	122
Tabela 7 – Chances dos diferentes grupos de qualidade sobre o Dom.1 “Promoção da Saúde Mental na APS” relacionar a cada variável explanatória, serviços de APS (N=157), Botucatu, 2017	124
Tabela 8 – Chances dos diferentes grupos de qualidade sobre o Dom.2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde” relacionar-se a cada variável explanatória dos serviços de APS (N=157), Botucatu, 2017	125
Tabela 9 – Chances dos diferentes grupos de qualidade sobre o Dom.3 “Assistência à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde” relacionar-se a cada variável explanatória dos serviços de APS (N=157), Botucatu, 2017.....	126
Tabela 10 – Chances dos diferentes grupos de qualidade sobre o Dom.4 “Trabalho em Rede e Intersetorialidade da Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde” relacionar-se a cada variável explanatória dos serviços de APS (N=157), Botucatu, 2017	127

QUADROS

Quadro 1 – Principais marcos históricos, políticas, recomendações e manuais técnicos sobre atenção à SM e dependências de SPA publicados em âmbito internacional.....	22
Quadro 2 – Principais marcos históricos, políticos, recomendações e manuais técnico sobre atenção à SM e dependências de SPA, publicados no Brasil	24
Quadro 3 – Síntese dos estudos encontrados segundo títulos, ano de publicidade, delineamento, periódicos e resultados	32
Quadro 4 – Capacidade instalada de CAPS e NASF segundo Região de Saúde, RRAS, 09, 2013	47
Quadro 5 – Número de leitos em Hospitais Psiquiátricos segundo Região de Saúde, RRAS, 09, 2012	48
Quadro 6 – Características das unidades respondentes testadas como variáveis independentes, agrupados em três conjuntos de questões segundo temática comum, QualiAB, 2014.....	53
Quadro 7 – Síntese da padronização para avaliação de serviços de APS quanto atenção à SM e uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo o número de indicadores por domínio	56
Quadro 8 – Relação dos indicadores do Domínio 1 “Promoção à Saúde Mental na APS”	58
Quadro 9 – Relação dos indicadores do Domínio 2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na APS”	66
Quadro 10 – Relação dos indicadores do Domínio 3 “Assistência à Saúde Mental na APS”	76
Quadro 11 – Relação dos indicadores do Domínio 4 “Trabalho em Rede – Intersetorialidade em Saúde Mental na APS”	84

GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Representação dos grupos de qualidade (Clusters), em relação ao seu desempenho médio sobre o Domínio 1 “Promoção de Saúde Mental na APS”, conforme agrupamento por K – médias..... 118
- Gráfico 2** – Representação dos grupos de qualidade (Clusters), em relação ao seu desempenho médio sobre o Domínio 2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na APS”, conforme agrupamento por K-médias 119
- Gráfico 3** – Representação dos grupos de qualidade (Clusters), em relação ao seu desempenho médio sobre o Domínio 3 “Assistência à Saúde Mental na APS”, conforme agrupamento por K-médias 120
- Gráfico 4** – Representação dos grupos de qualidade (Clusters), em relação ao seu desempenho médio sobre o Domínio 4 “Trabalho em Rede e Intersetorialidade na APS”, conforme agrupamento por K-médias 121

FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos municípios segundo faixas populacionais, São Paulo, 201047

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNI – Política Nacional do Idoso
ONU – Organização das Nações Unidas
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (acquired immunodeficiency syndrome)
PNH – Política Nacional de Humanização
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
PCATool – Primary Care Assessment Tool
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
QualiAB – Questionário da Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica
ESF – Estratégia Saúde da Família
RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
PPSUS – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FMB-UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista
CIR – Comissão Intergestores Regionais
CT – Câmaras Técnicas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNUD – Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados
SIH-SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
SPA – Substâncias Psicoativas
SUAS – Sistema Único da Assistência Social
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis modificada para IST - Infecções
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro Especializado da Assistência Social
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCD – Pessoas com Deficiência
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
ONG – Organização Não Governamental
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

APRESENTAÇÃO

Há vinte e três anos trabalho como assistente social da Saúde Pública do Município de Bauru. Quando lembro do meu primeiro estágio no Pronto Socorro Municipal de Saúde, de minha decepção e da afirmação que jamais atuaria nesta área, e atualmente, quando tenho a clareza do trabalho na saúde contribuir significativamente para minha felicidade, percebo que fiz a escolha certa.

Em 1995 iniciei minha trajetória profissional na Saúde Pública e, em 1998, ingressei como professora substituta no Centro Universitário de Bauru – ITE, sendo que em ambas funções continuo até os dias atuais.

Durante todo este tempo trabalhei, aproximadamente, dois anos em várias unidades básicas de saúde, dois anos como Coordenadora Municipal de Saúde do Trabalhador, quatro anos em serviço de referência em Aids/HIV, hepatites, hanseníase e tuberculose, e quinze anos na Saúde Mental, perpassando pelo NAPS-Núcleo de Apoio Psicossocial, pela Coordenação Municipal de Saúde Mental, SRT – Serviço Residencial Terapêutico, pelo CAPS infantil e no momento atuo como gerente de CAPS ad III i – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas infantil com funcionamento ininterrupto.

Na Saúde Mental executei o papel de profissional de saúde como técnica, gerente e coordenadora da área, e uma questão que me deixava intrigada eram as diferenças no processo de trabalho que ocorria entre a Atenção Básica e a Saúde Mental, pois nesta havia atendimento mais humanizado, trabalho em equipe interdisciplinar, e o portador de transtorno mental era visto na totalidade, abrangendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Desenvolvi meu mestrado a partir da pesquisa “Avaliação da Gestão da Atenção Básica dos Municípios de Quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo”, na qual analisei a UBS tradicional e a USF melhor avaliada, no Município de Bauru, buscando descobrir, junto aos profissionais de saúde, quais os elementos que existiam nestes serviços e que interferiam, diretamente, na qualidade dos serviços prestados.

Durante o desenvolvimento de tal projeto, consegui entender que a qualidade pode estar em qualquer área, seja na Saúde Mental, na Saúde do Trabalhador, na Urgência e Emergência, como também na Atenção Básica. Fiquei feliz com a descoberta e com a desconstrução de que somente na Saúde Mental havia trabalho em equipe, discussão de casos, enfim, qualidade no processo de trabalho e na produção do cuidado.

Atualmente estou na coordenação do CAPS ad III i, destinado às crianças e adolescentes com história de uso, uso abusivo e dependência de álcool, crack e outras drogas,

e realize apoio matricial, trabalho em rede de saúde e, intersetorialmente, através de contato direto com os serviços de APS, CRAS, CREAS, Escolas, serviço de acolhimento institucional, entre outros.

Diante do trabalho desenvolvido junto aos serviços de APS, desejo utilizar o conhecimento científico do doutorado para sugerir reflexões sobre as proposições dos indicadores de qualidade de ações de saúde mental na APS, objetivando disponibilizar aos serviços novas possibilidades de ações de saúde mental. Obviamente, haverá grandes desafios para efetivar ações de saúde mental nas Unidades de Saúde e Unidades de Saúde da Família, no entanto, tenho a certeza que meu objetivo será aplicar a teoria na prática, e consequentemente, transformar a realidade buscando a efetivação do SUS.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Organização de serviços de atenção à Saúde Mental	17
1.2	Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde	19
1.3	Avaliação de serviços de Atenção Primária à Saúde	27
1.4	Avaliação de Ações de Saúde Mental na Atenção Primária	30
2	OBJETIVOS.....	43
2.1	Objetivo Geral.....	43
2.2	Objetivos Específicos	43
3	MATERIAIS E MÉTODOS	44
3.1	Contexto da Avaliação.....	44
3.2	Avaliação da Organização do Processo de Trabalho em Saúde.....	48
3.3	Instrumento QualiAB 2014 – identificação de Domínios e Indicadores para avaliação da Atenção à Saúde Mental na APS.....	50
3.4	Avaliação da Atenção à Saúde Mental nos Serviços de APS da RRAS 09 - Plano de análise.....	52
3.5	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	54
4	RESULTADOS	55
4.1	Construção do quadro avaliativo – a definição de indicadores de organização da atenção à saúde mental na Atenção Primária à Saúde	55
4.2	Desempenho dos serviços de APS da RRAS 09 com relação organização da Atenção à Saúde Mental.....	889
4.3	Análise dos Serviços com Melhor Desempenho na Área da Saúde Mental.....	112
4.4	Grupos de Qualidade dos Serviços de APS na Atenção à Saúde Mental	117
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
	REFERÊNCIAS	136
	ANEXO.....	153
	Anexo A. Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica– QualiAB 2014	153
	Anexo B. Autorização Diretoria Regional de Saúde.....	206
	Anexo C. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	207
	Anexo D. Termo de Adesão Gestor Municipal QualiAB 2014	210

1 INTRODUÇÃO

1.1 Organização de serviços de atenção à Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os transtornos mentais e comportamentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com o órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), entre 75% e 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas passem por tais problemas, sendo ao menos 5 milhões em níveis de moderado a grave (WHO, 2002).

Para a ONU, a falta de um tratamento adequado à saúde mental faz com que tais enfermidades ocupem posições de destaque no ranking das doenças que mais atingem a população mundial.

Segundo estimativas, os problemas de saúde mental respondem, mundialmente, a 12% de pessoas com doenças; no entanto, os orçamentos destinados à saúde mental representam, na maioria dos países, menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde. Mais de 40% dos países têm falta de políticas de saúde mental e um número superior a 30% não tem programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. Além disso, os planos de saúde, frequentemente, não abordam os transtornos mentais e comportamentais no mesmo nível das demais doenças, criando significativos problemas econômicos aos doentes e às suas famílias (WHO, 2002)

Em todo o mundo a saúde mental é uma questão complexa e relevante, por isso, em 2013, a OMS criou um plano de ação denominado “Mental Health Action Plan 2013 – 2020”. Esse plano de ação tinha como objetivos fortalecer a liderança efetiva, oferecer serviços integrados à Saúde Mental e assistência social baseados em ambientes comunitários, implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental e, reforçar os sistemas de informação, evidências e pesquisas para a Saúde Mental (WHO, 2013).

No Brasil, recentemente houve a reorganização da assistência em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, que completou 16 anos em 2017, trouxe uma nova perspectiva de tratamento, baseada na valorização do ser humano e no entendimento de que o transtorno mental pode não ser apenas uma doença, mas também um problema social. Junto à mudança de pensamentos, houve a implantação de uma rede de assistência psicossocial.

Anteriormente à Reforma Psiquiátrica, a saúde mental era marcada por uma história de segregação e isolamento, sendo considerado “louco” ou “perigoso”, um ser humano com

transtorno mental e, “drogado” ou “vagabundo”, o dependente de substâncias psicoativas. Esses estigmas foram perpetuados ao longo da história e as pessoas com essas “doenças” são vistas com preconceitos, como se estivessem fora do padrão de normalidade construído e aceito pela sociedade.

Durante décadas esses conceitos foram aceitos e apresentam um significado social estigmatizante até os dias atuais. Portanto, a partir dessa realidade, iniciou-se, na década de 80, a mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais, o qual denominamos o início da construção da Política Nacional de Saúde Mental. Ainda no período citado, experiências municipais deram início à desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para realização da (re) inserção de usuários em seus territórios existenciais (BRASIL, 2013a).

Esses territórios em que os portadores de transtornos mentais viviam, incluíam a assistência na APS e uma nova maneira de cuidado, que exigiram novos locais para o atendimento dessas pessoas, assim começava a organização de serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e a formação de redes intersetoriais com outras políticas (educação, habitação, trabalho, assistência social, cultura etc.).

Como não haviam leis que garantissem os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, somente em 2001, após mais de 10 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei nº. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004a).

Na primeira década de 2000, ocorreram incentivos financeiros como política de estado, ampliando fortemente a rede de atenção psicossocial, com a criação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, sendo o conjunto das redes indispensáveis na constituição das Regiões de Saúde. Como proposta de equipamentos substitutivos à internação psiquiátrica criou-se o CAPS-Centro de Atenção Psicossocial, o SRT-Serviço de Residência Terapêutica, os CECOS-Centros de Convivências, as enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda e, complementarmente, a assistência especializada ao atendimento junto às unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011).

Outro aspecto relevante na área de saúde mental configura-se no consumo de álcool e de outras drogas, na qual tem aumentado em todo mundo, em magnitude suficiente para justificar uma abordagem de saúde pública para intervenções precoces. Além disso, por ser este um dos mais graves problemas desta área no mundo, torna-se necessária a construção de

políticas públicas eficazes e capazes de enfrentar com sucesso essa problemática (BRASIL, 2004b).

Para maioria dos casos é mais útil pensar em problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas do que em “dependência”, uma vez que não só a dependência deve ser tratada, mas também todas as formas de uso que tragam prejuízo à saúde e ao bem-estar do usuário, de sua família e seu meio (MINOZZO, 2014).

Em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade da construção de uma nova Agenda Nacional, para a redução da demanda e da oferta de drogas no país, que viesse contemplar três pontos principais:

- Integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações.
- Descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município.
- Estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica.

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também. Assim, tornou-se necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando. Atualmente a Política Nacional recebe a denominação de “Política Nacional sobre Drogas” e não mais “Política Nacional Antidrogas”, sendo essa mudança necessária à desconstrução da ideologia da sociedade na guerra contra as drogas.

1.2 Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde

A saúde mental na Atenção Primária em Saúde (APS)¹ é um fenômeno mundialmente abordado e já é constituído como política para atendimento de qualquer pessoa com sofrimento psíquico, transtorno mental, incluindo o uso de álcool e drogas.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, promoção da autonomia das pessoas e nos

¹ No presente estudo optou-se pelo uso da terminologia “Atenção Primária à Saúde (APS)” para designação do nível primário de atenção à saúde no Brasil e no mundo. Entretanto, em trechos extraídos de manuais técnicos e recomendações do Ministério da Saúde, bem como denominações de instrumentos específicos, será mantida a terminologia adotada no Brasil “Atenção Básica”.

determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado e gestão democráticas/participativas, com o trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos (BRASIL, 2012a).

Em 2001 a OMS elaborou um Relatório Mundial da Saúde intitulado “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança” com o objetivo de discussão do tema de saúde mental, conceituando-a pelo prisma da saúde pública, pontuando a relevância dos transtornos mentais e comportamentais, a necessidade da resolução de problemas de saúde mental, a política e prestação de serviços existentes, e o caminho para fornecer soluções eficazes (WHO, 2001).

Diante dos problemas relacionados à Saúde Mental, muitas ações estão sendo planejadas para integração da Saúde Mental com os Cuidados Primários. Nesse cenário, a OMS propôs, em 2008, um guia prático denominado “Integrating Mental Health into primary care: a global perspective”, cuja finalidade consiste em contextualizar, teoricamente e na prática, os cuidados primários para saúde mental. Nesse guia são apontadas, também, razões da importância da integração da saúde mental na APS em decorrência da grande carga dos transtornos mentais interferindo em questões familiares, econômicas e sociais; interligação dos problemas de saúde mentais e físicos; enorme deficiência no tratamento de transtornos mentais; otimização de acesso aos cuidados primários para saúde mental; respeito pelos direitos humanos ao promover cuidado e saúde mental na APS; boa relação entre custo e benefício ao abordar problemas de saúde mental na APS e cuidados primários para saúde mental promovendo bons resultados em termos de saúde (WHO, WONCA, 2008).

Um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é a Atenção Primária à Saúde (APS). A Conferência Internacional de Alma-Ata definiu que a Atenção Primária à Saúde (APS) seria responsável pela solução dos principais problemas de saúde da comunidade nos níveis preventivo, curativo, de reabilitação e de promoção. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), ela se constituiu em uma das formas mais equitativas e eficientes para organizar um sistema de saúde (OMS, 1978; OPAS, 2007).

No que se refere à Política Nacional sobre Drogas, esta busca estabelecer - dentro da atenção em saúde mental - os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo em transformações históricas na abordagem da questão das drogas e incluindo a assistência às pessoas com histórico de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas na APS (BRASIL, 2003).

Então, tornou-se a Atenção Básica o local adequado à realização de ações voltadas à saúde mental e ao uso abusivo e dependência de álcool, assim como de outras drogas, no entanto, há muitas dificuldades na concretização dessa ação preventiva e assistencial.

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da atenção primária e estruturação do sistema de saúde, pois trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes responsabilizáveis pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2001).

Nesse cenário, em 2013, foi publicado, pelo Ministério da Saúde, o Caderno de Atenção Básica de nº 34, voltado à saúde mental. Os objetivos desta publicação são difundir orientações que proporcionem maior resolubilidade às demandas da saúde mental na atenção primária e ainda oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde mental, visando facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na APS, visto que estes devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para planejar e executar ações programáticas específicas às demandas da saúde mental, incluindo os usuários de substâncias psicoativas, de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado à saúde e social (BRASIL, 2013b).

O cuidado em saúde mental requer colaboração entre os serviços da APS e especializados, no entanto, para a concretização da rede torna-se necessária a melhora da acessibilidade, da qualidade e da continuidade dos cuidados; além da otimização da rede de serviços integrados, com a implantação de Equipes de Saúde Mental na APS; realização treinamento continuado entre equipes da APS e serviços especializados, e da criação de um grupo de trabalho para planejar, organizar e executar ações de saúde mental. As intervenções integradas devem envolver procedimentos já existentes, mas também criar novas maneiras de efetivação do cuidado em Saúde Mental (BORBA *et al.*, 2015; FLEURY *et al.*, 2016; YEHIA e JARDALI, 2015; BENZER *et al.*, 2015).

Há vários obstáculos para viabilizar a integração da saúde mental com a APS, sendo eles os desafios legislativos, financiamento inadequado e deficiência nas informações sobre saúde mental (NICAISE *et al.*, 2014).

Apesar da Saúde Mental na APS ser constituída como estratégia da política de saúde, mundialmente é muito difícil de ser consolidada. Para viabilização dessa consolidação há necessidade de uma visão holística de saúde, relevância de questões culturais e

socioeconômicas, parcerias, ações baseadas em educação e aprendizagem colaborativa, e obter a sustentabilidade (KHENTI *et al.*, 2016).

O nível primário de atenção à saúde vem sendo enfatizado como prioritário para desenvolvimento de ações de assistência, prevenção e promoção da saúde às pessoas com transtornos mentais, sofrimento psíquico e uso abusivo/dependência de substâncias psicoativas. Tal fato pode ser evidenciado em políticas, manuais técnicos, recomendações no Brasil e em países do mundo todo, influenciados por diversas ações em prol da não fragmentação dos saberes e do ser humano. Ao não incluir a dimensão psíquica nos atendimentos da APS, corroboramos para o aumento da morbidade com o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, redução da produtividade, problemas familiares e sociais, dependência de substâncias psicoativas. Enfim, necessitamos da superação da visão fragmentada para criação de uma visão biopsicossocial do ser humano.

A síntese dos principais marcos históricos nacionais e internacionais sobre atenção à saúde mental que influenciaram na formulação de diretrizes e responsabilização voltadas à saúde mental e atenção primária para essa população, podem ser visualizadas nos quadros 1 e 2. Esses quadros permitem reconhecer o percurso histórico das diretrizes e normas que ampararam a implantação de serviços de atenção à saúde mental, num processo de superação do modelo manicomial.

Quadro 1 – Principais marcos históricos, políticas, recomendações e manuais técnicos sobre atenção à Saúde Mental e dependência de substâncias psicoativas publicados em âmbito internacional.

ANO	DOCUMENTOS INTERNACIONAIS
1978	Lei 180 de 13 de Maio de 1978 – Institui Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios. Conhecida como a Lei Franco Basaglia.(disponível em: http://www.ifb.org.br/legislacao/Lei%20180%20-%20Italia.pdf). Acesso em: 16 jul. 2017.
1984	Convenção das Nações Unidas contra Tortura e Outro Tratamento ou Punição Cruel, Desumano ou Degradante - é relevante àqueles com transtornos mentais. O Artigo 16, por exemplo, torna os estados signatários da Convenção responsáveis por prevenir atos de tratamento ou punição cruéis, desumanos ou degradantes (Disponível em:< http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/tortura/lex221.htm >. Acesso em: 16 jul. 2017).
1990	Declaração de Caracas – Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica do Continente – Organização Pan-Americana da Saúde, comprometendo-se a desenvolver esforços no sentido de superar o modelo de hospital psiquiátrico como serviço central para o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais. A Declaração estabelece um elo crítico entre os serviços de saúde mental e os direitos humanos, ao concluir que os serviços ultrapassados de saúde mental colocam em risco os direitos humanos dos pacientes. A Declaração visa promover serviços de saúde mental de base comunitária e integrados, sugerindo uma reestruturação da atenção psiquiátrica existente. (Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf . Acesso em: 16 jul. 2017)
1991	Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991 - aprovada pela Assembléia Geral da ONU sobre a proteção das pessoas com doenças mentais e a melhoria da assistência à saúde mental, considerada um

	marco no campo dos direitos das pessoas com doenças mentais. Única Resolução da Assembléia Geral da ONU a abordar a assistência a um único grupo de doenças/denominada Princípios da ASM – Atenção à Saúde Mental. A Lei Albanesa de Saúde Mental (1991) - Artigo 5: A atenção à saúde mental para pessoas com transtornos mentais é prestada por serviços de atenção psicossocial, o serviço de atenção básica à saúde através do médico da família e, em particular, pelo serviço médico psiquiátrico que inclui tratamento de emergência, serviço ambulatorial, atenção hospitalar, casas de reabilitação, atenção comunitária à saúde, serviços psicossociais por meio de psico-sociólogo e assistente social. (Lei de Saúde Mental de 1991, Albânia)
1996	Declaração de Madri - As associações internacionais de profissionais de saúde mental também têm procurado garantir os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais, mediante a emissão de seu próprio conjunto de diretrizes para normas de comportamento e prática profissionais. Um exemplo dessas diretrizes é a Declaração de Madri adotada pela Assembleia Geral da Associação Psiquiátrica Mundial (WPA) em 1996. Normas Técnicas da OMS - Em 1996, a OMS desenvolveu a Legislação de Atenção à Saúde Mental: Dez Princípios Básicos, como uma interpretação adicional dos Princípios ASM e como um guia para ajudar os países a desenvolverem legislações de saúde mental, sendo o primeiro princípio a promoção da saúde mental e a prevenção dos transtornos mentais, e o segundo princípio o acesso à atenção básica em saúde mental. Em 1996, a OMS desenvolveu também as Diretrizes para a Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais, trata-se de uma ferramenta para ajudar a compreender e interpretar os Princípios ASM e avaliar as condições dos direitos humanos nas instituições. (WHO, 1996)
2001	World Health Organization/WHO. Relatório Mundial de Saúde “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”. O Relatório sobre a Saúde no Mundo, de 2001, proporciona uma inovação na maneira de compreender os transtornos mentais, oferecendo uma nova esperança aos doentes mentais e às suas famílias, em todos os países e a todas as sociedades. Um apanhado geral do que se sabe sobre o peso atual e o futuro desses problemas, bem como dos seus principais fatores. O relatório analisa o âmbito da prevenção, a disponibilidade e os obstáculos do tratamento, além de avaliar, minuciosamente, a prestação e o planejamento de serviços e termina com um conjunto de recomendações de longo alcance, que cada país pode adaptar de acordo com as suas necessidades e os seus recursos. (WHO, 2001)
2008	World Health Organization/World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Relatório elaborado pela OMS e Organização Mundial de Médicos da Família, apontando que a integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários pode ser considerada a maneira mais viável de assegurar às pessoas o acesso a cuidados de saúde mental, quando precisarem; além dos serviços de saúde mental mais perto de suas casas, continuando desta forma junto de suas famílias e mantendo as suas atividades cotidianas. Outro aspecto relevante da integração, é que evitam custos indiretos associados com a procura de cuidados especializados em locais distantes. Cuidados de saúde mental prestados a nível dos cuidados primários minimizam o estigma e a discriminação, e eliminam o risco das violações de direitos humanos que ocorrem em hospitais psiquiátricos. (WHO, 2008)
2013	World Health Organization/WHO. Mental Health Action Plan – 2013-2020. Propõe um Plano de Ação de Saúde Mental com uma visão geral da situação global. Inclui, ainda, uma visão que a saúde mental como parte integrante da saúde e do bem-estar, o que se reflete na definição de saúde, na Constituição da Organização Mundial da Saúde: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade ". A saúde mental, como outros aspectos da saúde, pode ser afetada por uma série de fatores socioeconômicos que precisam ser abordados através de estratégias abrangentes de promoção, prevenção, tratamento e recuperação no mundo todo. (WHO, 2013)

FONTE: a partir de cada fonte citada

Quadro 2 – Principais marcos históricos, políticas, recomendações e manuais técnicos sobre atenção à Saúde Mental e dependência de substâncias psicoativas, publicados no Brasil.

ANO	DOCUMENTOS NACIONAIS
1992	Portaria nº 224 – Dispõe sobre diretrizes e normas para consolidação do atendimento em saúde mental. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Além da incorporação de novos procedimentos à tabela do SUS, esta portaria tornou-se imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que sabidamente eram, e alguns ainda são, lugares de exclusão, silêncio e martírio (BRASIL, 2004).
1994	Portaria SAS (Secretário de Assistência à Saúde) nº145 - O GAP (Grupo de Avaliação de Assistência Psiquiátrica) representou um importante instrumento de qualificação da assistência psiquiátrica hospitalar do SUS. Suas equipes, multidisciplinares e com integrantes dos diversos níveis de gestão, percorreram o país estabelecendo os critérios objetivos de acreditação e qualificação dos hospitais psiquiátricos públicos ou contratados. De 1997 em diante, o GAP foi sendo progressivamente desativado, com algumas exceções estaduais (como o Rio Grande do Sul), e sua lógica de funcionamento, como dispositivo ágil e articulado de supervisão hospitalar, é retomada agora, através da Portaria GM nº 799, de 19/7/2000 (BRASIL, 2004).
1999	Lei nº 9.867 – Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais , visando à integração social dos cidadãos em desvantagens no mercado econômico, sendo essas pessoas os deficientes psíquicos e mentais, os dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, os egressos de hospitais psiquiátricos; os dependentes químicos. Esta lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial aos pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e inclui-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas “empresas sociais” da experiência de reforma psiquiátrica italiana (BRASIL, 2004).
2000	Portaria GM nº 106 – Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos" , no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Esta portaria tem um papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe à tão propalada, e para alguns insubstituível, "hospitalidade" do hospital psiquiátrico (BRASIL, 2004).
2000	Portaria GM nº 799 Cria Auditoria especial nos serviços de saúde mental com a efetivação do Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. Determina avaliação da assistência prestada em saúde mental pelo Sistema Único de Saúde, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade dos processos de reversão do modelo de atenção em saúde mental vigente no País (BRASIL, 2004).
2001	Lei nº 10.216 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária.
2002	Portaria GM nº 336 – Dispõe a atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. O CAPS torna-se o serviço principal em saúde mental, na qual articula com os demais setores. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS.
2002	Portaria GM nº 816 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas , a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios.
2002	Portaria GM nº 251 - Estabelece diretrizes e normas para assistência hospitalar em psiquiatria,

	reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Esta portaria institui o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar especializada de psiquiatria, assim como hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, quanto ao processo terapêutico e ANVISA para análise da área de vigilância sanitária. Ao estabelecer classificação baseada no porte do hospital e na qualidade do atendimento prestado, a portaria tem o objetivo de reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, buscando nova configuração formada por hospitais de pequeno (até 80 leitos) e médio (até 160 leitos) portes, com redução progressiva dos leitos e melhoria na qualidade da assistência hospitalar psiquiátrica.
2002	Portaria GM nº 1.467 - Cria comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação (PNASH/Psiquiatria) da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS.
2002	Portaria Interministerial nº 628 discute a Saúde no Sistema Prisional e estabelece mecanismos para extensão da assistência em saúde do Sistema Único de Saúde aos detentos do sistema penitenciário, incluindo-se saúde mental. Essa iniciativa inédita permitiu não só estender o olhar e o cuidado em saúde mental às prisões, mas também pensar um novo modo de lidar com a questão dos manicômios judiciários.
2003	Lei nº 10.708 - Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado programa “De Volta Para Casa”. A Lei do Programa “De Volta Para Casa” estabelece um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.
2003	A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas - política de prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas.
2004	Política de Humanização – PTS – Projeto Terapêutico Singular.
2004	Portaria GM nº 52 - Cria o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – de 2004, reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos. Este programa estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo financeiro pela redução (priorizando os hospitais de menor porte) e pela melhor qualidade de assistência, aferida pelo PNASH – Psiquiatria.
2005	Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005 -Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária e dá outras providências. Esta portaria formaliza o compromisso do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Emprego, que em unem para a construção de políticas públicas intersetoriais que propiciem a inclusão social e econômica de pessoas com transtornos mentais e/ou que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
2005	Portaria nº 1.028/GM de 1º de julho de 2005 - Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. <i>Regulamenta e define ações de redução de danos nos âmbitos da prevenção e atenção à saúde.</i>
2006	Portaria nº 399/GM de 22/02/2006 – Pacto pela Saúde no Brasil, o qual estabelece três grandes compromissos entre os três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) sendo: o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão do SUS e Pacto em Defesa do SUS. Dentre os objetivos e metas do Pacto pela Vida, há a atenção à saúde do idoso, saúde mental, promoção à saúde , fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, entre outras prioridades. Uma das prioridades do pacto pela vida é consolidação e qualificação da estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.
2006	Lei nº 11.343 - Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad ; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.
2006	Portaria Interministerial nº 1.055 de 17 de maio de 2006 - Institui Grupo de Trabalho para viabilizar a constituição do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental.
2008	Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Essa portaria traz a recomendação de que cada NASF conte pelo menos um profissional de saúde

	mental, o que pode ser considerada uma importante estratégia ao avanço das ações de saúde mental na atenção primária. A proposta é que os NASF e ESF compartilhem práticas em saúde nos territórios, melhorando a resolutividade, o acesso e a qualidade da atenção.
2009	Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009 - Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
2010	Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 - Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
2010	Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010 - Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família -Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. Os NASF 3 são estabelecimentos que visam promover a atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica para Municípios com porte populacional menor que 20.000 habitantes.
2011	Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2012	Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 – Institui a Unidade de Acolhimento (UA) no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS.
2012	Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 – Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

Fonte: a partir de cada fonte citada

No Brasil o paradigma do cuidado em saúde mental tem-se ampliado, acompanhando influências das proposições internacionais. Na época pineliana a metáfora “possessão” foi substituída pela “doença”, depois desenvolveu-se a psiquiatria comunitária, seguida da psicofarmacologia, e atualmente buscamos substituir o transtorno mental pela identidade dos sujeitos em sofrimento psíquico e/ou com transtorno mental. Na substituição do foco no cuidado dos transtornos mentais para enfatizar o sujeito no processo de adoecimento temos o modelo de Franco Basaglia “basagliano”, na qual Ana Pitta, Paulo Amarante, Benedetto Saraceno, Franco Rotelli, Antônio Lancetti tiveram significativa importância na construção da política de saúde mental no Brasil, enxergando o portador de transtorno mental como sujeito capaz de viver a vida com liberdade, dignidade e autonomia.

É necessário não relevar apenas os sinais e sintomas das pessoas com transtornos mentais, e sim os modos de viver a vida a partir da existência do transtorno mental. Esses sujeitos “doentes” muitas vezes encontrarão limitações, mas não impedimentos de viver com seus contatos afetivos e sociais no território onde transcorre a vida.

Um dos principais desafios encontra-se na exclusão que o cuidado em saúde mental ocasionou em milhares de seres humanos em instituições manicomiais. Cuidar é imprescindível na saúde mental e excluir algo não aceitável politicamente e socialmente. No entanto ainda há milhares de brasileiros internados de modo desumano em hospitais psiquiátricos, e outros não internados, vivenciam isolamento afetivo e social nas ruas ou em

suas casas. Outro desafio está na efetivação do cuidado baseado na ética da solidariedade e da responsabilidade sobre o excluído. A relação de cuidado humanizado e ético promove projetos de vida, liberdade, autonomia, protagonismo de pessoas com transtornos mentais que podem apresentar limitações, mas não incapacidade para exercer seu papel enquanto cidadão.

As portarias ministeriais, decretos e legislações acima demonstram o percurso histórico até hoje em dia, enfatizando o percurso da saúde mental até a mesma ser uma das ações a serem efetivadas nos serviços da APS. Essas legislações modificam as regras para o tratamento psiquiátrico no Brasil e no mundo, instituem serviços como residências terapêuticas, CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, Consultório na rua, unidades de acolhimento, enfermarias em hospitais gerais, unidades de saúde da família com o NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da família, agentes comunitários de saúde, devendo estes serviços serem comprometidos com as necessidades das pessoas, criativos, flexíveis, resolutivos e humanizados.

Diante da importância das ações dos serviços de APS para a promoção de saúde mental, incluindo a assistência às pessoas portadoras de sofrimento psíquico, transtornos mentais leves e com história de uso de substâncias psicoativas, fica clara a relevância de iniciativas de avaliação para esse nível de atenção à saúde, que contribuam para o envolvimento das equipes locais de saúde no processo de melhoria da qualidade desses serviços, que enfoquem as ações especialmente dirigidas à população com transtornos mentais e uso de SPA – substância psicoativa e em processo de sofrimento psicossocial.

1.3 Avaliação de serviços de Atenção Primária à Saúde

A criação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, com seus princípios organizacionais do setor saúde no Brasil, evidenciou o processo de descentralização, fazendo os municípios tornarem-se os principais responsáveis pela gestão da rede de serviços de atenção primária no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde a partir do SUS, é uma realidade indiscutível e legalmente imposta como obrigatoriedade. (BRASIL, 1990; BOLDSTEIN, 2002).

A efetivação da política pública de saúde, e consequentemente a ampliação da rede pública de APS, a redefinição dos papéis e a necessidade de fortalecimento das estruturas de gestão nas três esferas de governo, levaram o Ministério da Saúde a investir na institucionalização de mecanismos de pactuação e avaliação, com o objetivo de auxiliar o

processo decisório e melhorar a qualidade do sistema público de saúde, por meio de ações que promovessem a cultura avaliativa nas três esferas de gestão do SUS, com destaque para a atenção primária (BOLDSTEIN, 2002; TAMAKI, 2010).

A implementação de uma política de investimento e melhoria da AB, exige a efetivação de mecanismos de avaliação, sendo que a mesma requer um grande investimento na construção de uma série de consensos e instrumentos, bem como, a necessidade de se pactuar seu objeto e objetivos. Trata-se de uma ferramenta de negociação permanente entre diferentes atores do sistema de saúde e de formação das pessoas no cotidiano de suas práticas, para que assim haja o comprometimento com o processo decisório, com o compromisso da mudança e com a sua institucionalização (BRASIL, 2005).

Em decorrência da importância da avaliação na APS, o Ministério da Saúde, em 2011, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com objetivo de produzir uma cultura de análise, avaliação e intervenção, capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais, a fim de provocar mudanças nas práticas dos serviços. Esse programa faz uso de uma ferramenta intitulada Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), com a finalidade de fomentar a análise do processo de consolidação da AB, no território brasileiro, e se somar às iniciativas de pesquisas que constroem instrumentos avaliativos, para contribuir no processo de planejamento da gestão. Esses instrumentos possibilitam a gestão interna dos processos de melhoria da qualidade para aperfeiçoamento da AB (BRASIL, 2012b; CAMPBELL, 2002 e 2003).

O PMAQ-AB nasce como a principal estratégia indutora de transformações nas condições e modos de funcionamento dos serviços de atenção de primária brasileiros, através da efetivação do processo avaliativo como política pública. No campo das práticas em saúde, avaliação e qualidade estão estreitamente relacionadas, pois para conhecer a qualidade ou melhorá-la, é necessário avaliar (MENDES e CAZARIN, 2010; PINTO, SOUSA e FERLA, 2014).

Os indicadores no processo avaliativo são necessariamente medidas parciais e não indicam respostas definitivas aos conflitos visualizados, mas podem apontar os problemas a serem trabalhados. São definidos durante o processo de construção das avaliações, a partir da elaboração de padrões que correspondem a critérios e normas. A utilização de indicadores de qualidade é frequente na Europa, particularmente nos países com sistemas universais, tanto para o monitoramento de serviços hospitalares, como para avaliação da atenção básica (BRASIL, 2006; CONILL, 2008).

No ano de 2007, foi desenvolvido e validado um instrumento de avaliação de serviços de APS, o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB). Trata-se de um instrumento de avaliação de serviços de saúde, que tem como foco a organização dos serviços de APS, considerada em duas grandes dimensões: assistência e gerência (CASTANHEIRA *et al.*, 2014).

O QualiAB tem como foco a organização das práticas no cotidiano dos serviços, e sua abordagem avaliativa centra-se na rotina de trabalho dos gerentes e profissionais que compõem as equipes de saúde, tomando por objeto a organização do processo de trabalho enquanto base material definidora das características de qualidade do serviço. Baseia-se nas mesmas concepções e desenho de instrumento de avaliação de qualidade de serviços de assistência a pessoas que vivem com aids, o questionário Qualiaids (NEMES *et al.*, 2004; CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

A abordagem avaliativa do instrumento QualiAB atinge dimensões estratégicas do trabalho, avaliando as condições objetivas necessárias para a implementação das finalidades éticas e técnicas da atenção básica. A utilização de um instrumento estruturado de autoavaliação, consiste numa tendência contemporânea, quando se relaciona a instrumentos de melhoria da qualidade e permite ampliar o conhecimento sobre a organização dos serviços e sua racionalidade tecnológica, somando com outras iniciativas de fortalecimento de uma cultura avaliativa que fomente o contínuo repensar sobre o processo de trabalho, possibilitando às equipes de saúde a identificação dos problemas e a construção de novas metas, organização de tecnologias e propor mudanças que melhorem a assistência prestada (CASTANHEIRA *et al.*, 2011; SCHRAIBER *et al.*, 1999).

Instrumentos estruturados como o QualiAB têm como vantagem estratégica a abordagem simultânea, num mesmo período de tempo, de vários serviços, num corte transversal que permite a abordagem de um universo extenso e heterogêneo como o dos serviços de APS, todavia, tem como fator limitante a abordagem de dimensões mais qualitativas da atenção à saúde (CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

Em 2007 e 2010 o instrumento QualiAB foi aplicado em municípios do Estado de São Paulo, demonstrando, nos dois momentos citados, que os padrões adotados pelo QualiAB apresentam boa capacidade de discriminação entre os serviços. Contudo, a introdução de novas concepções e tecnologias na APS recomenda a necessidade de atualização desse instrumento, para que este mantenha sua sensibilidade e aceitabilidade, e assim, contemple seus objetivos de avaliação e monitoramento da qualidade prestada pelos serviços (CASTANHEIRA *et al.*, 2011).

Nesse sentido, em nova pesquisa finalizada em 2016, o instrumento foi revisado por meio de processo interativo que resultou num sistema de autoavaliação via web, composto por um questionário eletrônico, um Caderno de Boas Práticas com os padrões e critérios adotados e na disponibilização de relatórios online para gestores municipais, estaduais e gerentes e equipes locais. (CASTANEHRIA *et al*, 2016 a).

1.4 Avaliação de Ações de Saúde Mental na Atenção Primária

No Brasil há pesquisas de avaliação participativa para elaboração de indicadores de serviços de saúde mental, dirigidos aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Um estudo realizado em 2013, baseou-se em processo que contou com a participação de 58 trabalhadores de saúde mental e gerentes de 26 CAPS, por meio de encontros periódicos ao longo de um ano. Esses atores participaram da construção conjunta de indicadores que pudessem responder às necessidades do serviço para futura utilização pelos CAPS envolvidos. A ênfase foi elaborar um conjunto de indicadores para acompanhamento e avaliação dos CAPS III, sendo os mesmos serviços ininterruptos e substitutivos à Internação Psiquiátrica. Houve a formulação de proposta de curso de Avaliação em Saúde Mental durante 11 meses e os Grupos de Apreciação Partilhada (GAPs) participaram como mediadores das propostas. No final do curso foram produzidos 22 indicadores sobre os seguintes temas: atendimento à crise, atendimento em grupos, ações no território, gestão dos CAPS, projeto terapêutico individual, deficiência intelectual, uso de medicação psiquiátrica e formação continuada de maneira articulada e consensual (FURTADO, ONOCKO-CAMPOS, MOREIRA e TRAPÉ, 2013).

Onocko-Campos *et al.* (2017) em outro estudo, como desdobramento do anterior, fizeram nova aproximação para avaliação de CAPS III, pois esses serviços são considerados estratégicos na reorientação do modelo assistencial em saúde mental e não possuem mecanismos de avaliação sistemáticos. Os indicadores inicialmente propostos foram revistos em processo participativo para os Centros de Atenção Psicossocial III do Estado de São Paulo. Foram elaborados 16 indicadores, agrupados em 8 temas: Atenção à situação de crise; Qualificação dos atendimentos grupais; Trabalho em rede; Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial; Educação permanente; Singularização da atenção; Atenção às pessoas com deficiência intelectual; e Uso de medicação. Os indicadores foram testados nos serviços e constituíram um conjunto potencialmente útil para subsidiar a avaliação, o monitoramento e a gestão dos Centros de Atenção Psicossocial III.

Na área da saúde mental na APS há apenas quatro indicadores de práticas em saúde mental, com foco exclusivo no uso abusivo de substâncias psicoativas, utilizados pela avaliação externa do PMAQ-AB.

Diante do exposto torna-se necessário o levantamento e monitoramento de aspectos específicos relacionados à atenção da saúde mental, que estão sendo desenvolvidos pelos serviços de APS. Muitas demandas de saúde mental se colocam para os serviços de saúde em decorrência das rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos, bem como as atribuições e responsabilização desse nível de atenção perante essa população. Nesse sentido, foi realizada revisão integrativa da literatura², orientada pela necessidade de investigar como a qualidade da atenção à saúde mental, em serviços de APS, vem sendo trabalhada na literatura nacional e internacional. Foi evidenciado que mesmo diante do contexto apresentado, há grandes lacunas no conhecimento sobre a avaliação da qualidade da oferta e organização de ações de promoção, prevenção em Saúde Mental, de assistência e trabalho em rede às pessoas com transtornos mentais e uso abusivo/dependência de substâncias psicoativas em serviços de APS no Brasil.

Foram feitas buscas nas bases de dados: BVS, Scielo, Pubmed, Embase, Web of Science e Scopus, utilizando como descritores os termos “Atenção Primária à Saúde (OR) Atenção Primária de Saúde (OR) Atenção Básica (OR) Atenção Básica à Saúde (OR) Atenção Básica de Saúde (OR) Atenção Primária (OR) Atendimento Básico (OR) Atendimento Primário (OR) Cuidados de Saúde Primários (OR) Cuidados Primários (OR) Cuidados Primários à Saúde (OR) Cuidados Primários de Saúde” (AND) “Saúde Mental (OR) Área de Saúde Mental (OR) Higiene Mental” (AND) “Avaliação (OR) Diagnóstico da Situação (OR) Diagnóstico Situacional (OR) Metodologia de Avaliação (OR) Métodos de Avaliação (OR) Técnicas de Avaliação”, e quanto aos Mesh correspondentes “Primary Health Care (OR) Primary Care (OR) Primary Healthcare” (AND) “Evaluation” (AND) “Mental Health (OR) Mental Hygiene”, no período de JANEIRO DE 2012 a JANEIRO DE 2017. Foram identificados artigos que, no geral, avaliam diversos transtornos mentais e o uso abusivo/dependência de substâncias psicoativas na APS analisando principalmente as experiências e melhores abordagens clínicas e opções terapêuticas. Poucos trabalhos avaliam a qualidade da oferta, organização e gerenciamento das ações voltadas para Saúde Mental em

² Revisão Integrativa da literatura conforme Souza, Silva e Carvalho (2010) é a mais ampla abordagem metodológica referente a revisões, permite a inclusão simultânea de estudos experimentais e não-experimentais, dados da literatura teórica e empírica, para uma compreensão completa do fenômeno

serviços de APS, na perspectiva da qualidade organizacional da APS. Nenhum dos artigos analisados propõe indicadores de avaliação.

Foram selecionados 1371 artigos, sendo realizado a leitura dos títulos e resumos de todos os artigos. Após a leitura dos 1371 títulos e resumos, foram excluídos 1313, em função da abordagem estar focada na avaliação de quadros clínicos e não da organização das ações, restando 58 artigos, que foram lidos na íntegra. Dos 58 artigos foram ainda excluídos 39 por motivo de repetição do artigo em diferentes bases e temas não relacionados a avaliação da qualidade da organização de ações voltadas a saúde mental em serviços de atenção primária à saúde, permanecendo 19 artigos para análise.

Quadro 3 – Síntese dos estudos encontrados segundo títulos, ano de publicação, delineamento, periódico e resultados.

Título	Ano de Publicação	Delineamento metodológico	Periódico	Ações de avaliação em Saúde Mental na APS
1. Integrating mental health into primary health care in Zambia: a care provider's perspective. Integração da saúde mental na atenção primária à saúde na Zâmbia: perspectiva do provedor de cuidados.	2010	Quantitativa e Qualitativa	International Journal of Mental Health Systems.	Avaliar a integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários dos prestadores de cuidados, para facilitar a detecção precoce e a intervenção para problemas de saúde mental. Necessidade de treinamento.
2. Achievements of the Australian Access to Allied Psychological Services (ATAPS) program: summarising (almost) a decade of key evaluation data. Conquistas do programa Acesso Australiano a Serviços Psicológicos Aliados (ATAPS): resumindo (quase) uma década de dados chave de avaliação.	2016	Quantitativo	International Journal of Mental Health Systems.	Examinar as conquistas do ATAPS - Acesso Australiano aos Serviços Psicológicos Aliados em relação aos objetivos declarados, usando um conjunto mínimo de indicadores clínicos (intervenções, participação em grupos) para avaliação do mesmo.
3. A Two-Year Multidisciplinary Training Program for the Frontline Workforce in Community Treatment of Severe Mental Illness. Um programa de treinamento multidisciplinar de dois anos para a força de trabalho de linha de frente no tratamento comunitário de doenças mentais graves.	2016	Qualitativa	Research & Services Partnerships.	Avaliação de treinamentos dos Centros Comunitários de Saúde Mental da Noruega realizados aos trabalhadores dos serviços de saúde para alcançar mudanças no nível do trabalhador de saúde mental individual e no nível sistêmico de serviços de saúde.
4. Aiming to improve the quality of primary mental health care: developing an intervention for underserved	2014	Qualitativa	BMC Family Practice	Avaliação do programa de treinamento aos profissionais da APS, na Inglaterra. Maior conscientização,

communities. Objetivando melhorar a qualidade dos cuidados primários de saúde mental: desenvolvendo uma intervenção para comunidades carentes.				reconhecimento e respeito das necessidades de saúde da comunidade.
5. The impact of a lay counselor led collaborative care intervention for common mental disorders and public. O impacto de um conselheiro leigo na liderança da intervenção de assistência colaborativa para transtornos mentais comuns e público.	2013	Qualiquantitativa	Social Science & Medicine	O estudo MANAS avaliou a eficácia de conselheiros e assistentes de saúde em uma intervenção colaborativa em cuidados intensivos para transtornos mentais comuns (CMD), em ambientes de atenção primária do setor público e privado em Goa, Índia.
6. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? Avaliação do sistema de saúde mental em México: onde direcionar a atenção?	2013	Qualitativa	Revista Pan-americana Salud Publica.	Avaliação de alguns indicadores-chave do sistema mexicano de saúde mental, utilizando o Instrumento de Avaliação de Sistemas de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (IESM-OMS). IESM - coleta informações chave para avaliar e fortalecer os serviços de saúde mental em todo o mundo.
7. Perspectives and concerns of clients at primary health care facilities involved in evaluation of a national mental health training programme for primary care in Kenya. Perspectivas e preocupações dos clientes nas instalações de cuidados de saúde primários envolvidos na avaliação de um programa nacional de treinamento em saúde mental para cuidados primários no Quênia/ África.	2013	Qualitativa	International Journal of Mental Health Systems.	Avaliação do Programa de treinamento em saúde mental. Os clientes/pacientes do grupo de intervenção perceberam e apreciaram habilidades aprimoradas de comunicação, diagnóstico e aconselhamento em seus respectivos profissionais de saúde, ao passo que os clientes do grupo de controle estavam cientes da falta dessas habilidades.
8. Suicide prevention: Evaluation of a pilot intervention in a primary care context. Prevenção do suicídio: avaliação de uma intervenção piloto em um contexto de atenção primária.	2013	Qualitativa	MINERVA Acess. A gateway to Melbourne's research publications.	Esta avaliação forneceu evidências favoráveis para a eficácia de uma prevenção de suicídios, intervenção essa, prestada por profissionais de saúde mental especialmente treinados em ambiente de saúde.
9. Evaluating the complex: Alternative models and measures for evaluating collaboration among substance use services with mental health, primary care and other services and sectors. Avaliação do complexo:	2014	Qualitativa	NORDIC STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS.	Estudo sobre avaliação da integração e colaboração na assistência de pessoas com uso de substâncias em cuidados primários. A avaliação é um componente importante, mas muito desafiador, e muitas vezes

Modelos e medidas alternativas para avaliar a colaboração entre serviços de uso de substâncias com saúde mental, atenção primária e outros serviços e setores.				esquecido, dos esforços para melhorar a colaboração entre os serviços destinados às pessoas com uso de substâncias, saúde mental, atenção primária e outros serviços
10. An Evaluation of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in primary mental health care. Avaliação de uma iniciativa australiana destinada a melhorar a colaboração interdisciplinar no atendimento primário à saúde mental.	2014	Qualiquantitativa	Elsevier – Evaluation and Program Planning	Avaliação multi-componente da Rede de Profissionais de Saúde Mental da Austrália (MHPN). O MHPN visa melhorar os resultados dos consumidores promovendo uma abordagem clínica colaborativa aos cuidados de saúde mental primários. A MHPN promoveu a comunicação interdisciplinar e as redes através da atividade em três áreas inter-relacionadas: oficinas interdisciplinares, redes clínicas interdisciplinares e portal da Web/linha de informações telefônicas gratuitas.
11. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. Serviços de saúde mental colaborativa em sistemas de atenção primária na América Latina: necessidades de avaliação contextualizada e oportunidades.	2015	Qualiquantitativa	Health Expectations	Examinou as necessidades de avaliação latino-americanas no que se refere ao desenvolvimento de um quadro de avaliação de <i>cuidados de saúde mental colaborativo</i> (CMHC). México, Nicarágua e Chile. Necessidade de desenvolvimento de um <i>quadro de avaliação</i> abrangente para a CMHC, saúde mental mais apropriada e custo-efetivo e principalmente na APS.
12. Evaluation of the housing first program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. Avaliação do primeiro programa de habitação em pacientes com transtornos mentais graves na França: protocolo de estudo randomizado controlado.	2013	Quantitativo	Trials	Avaliar o impacto de uma intervenção de Housing First em comparação com o Treatment-Usual na França.
13. Using the Primary Care Behavioral Health Provider Adherence Questionnaire (PPAQ) to identify practice patterns. Uso do Questionário de Adesão	2015	Validação do PPAQ - Quantitativa	TBM	Investigação para examinar as respostas ao Questionário de Adesão do Provedor de Saúde de Cuidados Primários (PPAQ) para explorar os padrões de prática do provedor de PC-MHI/integração da atenção

ao Provedor de Saúde Comportamental da Atenção Primária (QAAP) para identificar padrões de prática				primária e saúde mental. Padrões de prática de profissionais nos Estados Unidos.
14. Making strides towards better mental health care in Peru: Results from a primary care mental health training. Avançando na direção de melhores cuidados de saúde mental no Peru: resultados de um treinamento em saúde mental em atenção primária.	2015		Int J Clin Psychiatry Ment Health	Avaliação do programa de treinamento para determinar o impacto da confiança sustentada na realização de procedimentos médicos e psiquiátricos, e na aplicação de habilidades aprendidas. Treinamento para capacitar os médicos peruanos de atenção primária.
15. Implementation of the Quebec mental health reform (2005–2015). Avaliação da implementação da Reforma da Saúde Mental de Quebec (MH) (2005-2015).	2016	Método misto - triangulando documentos primários, questionários estruturados e entrevistas. Qualitativo.	BMC – Health Services Research	Avaliação da implementação da Reforma da Saúde Mental de Quebec (MH) (2005-2015) que visava melhorar a acessibilidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados através do desenvolvimento de cuidados primários e otimização de redes integradas de serviços.
16. Pilot Testing of a Questionnaire for the Evaluation of Mental Health Services in Family Health Team Clinics in Ontario. Teste piloto de um questionário para avaliação de serviços de saúde mental em clínicas da equipe de saúde família em Ontário/Canadá.	2013	Desenvolvimento questionário e teste piloto.	Healthcare Quarterly	Estudo para desenvolver e testar uma ferramenta de avaliação (contendo um questionário para pacientes com 45 perguntas e um questionário para provedores com 51 perguntas), para serviços de saúde mental prestados em ESF, com foco em acessibilidade, disponibilidade, qualidade, continuidade de cuidados e coordenação de serviços/cuidado em saúde mental.
17. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde.	2012	Pesquisa Avaliativa predominante mente Qualitativa com uso de triangulação de métodos.	Revista de Saúde Pública.	Pesquisa avaliativa comparando o desempenho de Unidades Básicas de Saúde segundo a implantação de novos arranjos e estratégias de atenção primária e saúde mental. Avaliação por meio de três eixos: a melhora do seguimento clínico pela avaliação da frequência de acidente vascular cerebral (AVC); a articulação entre as redes de Atenção Primária e de Saúde Mental; e a efetiva implantação de estratégias de promoção à saúde.
18. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários.	2014	Pesquisa Qualitativa	Physis Revista de Saúde Coletiva	Avaliação que os usuários fazem do cuidado em saúde mental recebido por dois serviços públicos de Atenção

				Primária à Saúde: uma Unidade de Saúde da Família e uma Unidade Básica de Saúde. Existe uma lacuna entre ações em saúde mental e APS, e que a avaliação feita pelos usuários é fundamental para melhoria dos serviços prestados.
19. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura.	2015	Revisão sistemática – análise qualitativa	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão sistemática sobre avaliação em saúde mental apontando sobre a importância da avaliação ultrapassar os aspectos estruturais e a comparação com modelos hospitalocêntricos.

Fonte: Dados da pesquisa.

Nas pesquisas internacionais foram encontradas análises que descreveram a necessidade da realização de avaliações para efetivação de práticas de saúde mental na APS, bem como a necessidade de capacitação e integração dos profissionais entre os serviços, formulação de políticas, planejamento nessa área e criação de uma equipe específica para executar todas essas atividades. Há apontamentos dos desafios existentes na integração do cuidado da saúde mental na APS como estrutura precária diante do propósito da rede, influência contínua dos hospitais e a real implantação dessa nova política (KEYNEJAD *et al.*, 2016; BENZER *et al.*, 2015; LLOYD e SEDERER, 2014; YEHIA e JARDALI, 2015; NICAISE *et al.*, 2014).

Em países de baixa e média renda foi implantado o PRIME – Programa de Melhoria do Cuidado de Saúde Mental. Durante o desenvolvimento do programa percebeu-se que o compartilhamento de tarefas é aceitável e viável, desde que as condições básicas sejam atendidas em questões de aumento de recursos humanos, acesso aos medicamentos, supervisão estruturada com curso à comunidade, serviços da APS e treinamento aos profissionais de saúde envolvidos na partilha de tarefas (MENDENHALL *et al.*, 2014).

Continuando no aspecto dos estudos internacionais que apontam estratégias para criação e manutenção dos atendimentos de saúde mental na APS, Mwape *et al.* (2012) apontam a necessidade de política e planos para incorporar a Saúde Mental na APS; criar leis para mudar atitudes e comportamentos preconceituosos; realizar treinamento adequado ao trabalhadores de saúde da APS; especificar objetivamente as atividades que devem ser realizadas na APS; proporcionar instalações adequadas e matriciamento aos profissionais da APS; possibilitar acesso aos medicamentos psicotrópicos essenciais na APS; buscar a integração como um processo de trabalho e não como um evento isolado; designar um

Coordenador de Saúde Mental na APS; ter recursos financeiros e colaboração/integração da Rede como fator determinante para efetivação da Saúde Mental na APS.

No estudo internacional, Fleury *et al.* (2016) realizam a avaliação de um Programa de Saúde Mental na província de Quebec/Canadá, este foi desenvolvido visando melhorar a acessibilidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados de Saúde Mental, através de implantação de equipes de Saúde Mental na APS; a pesquisa de Bassilios *et al.* (2016) avalia o acesso dos Australianos nos serviços psicológicos através do Programa ATAPS – Achievements of the Australian Access to Allied Psychological Services, na qual foi observado que os atendimentos oferecidos eram voltados ao modelo biomédico após diagnóstico de transtornos mentais; Borba *et al.* (2015) descrevem avaliação de um Programa de Treinamentos e Supervisões na área da Saúde Mental aos profissionais da APS no Peru.

Ainda apontando pesquisas sobre avaliação, Gorn et al. (2013) realizou a avaliação de alguns indicadores do sistema de saúde mental Mexicano, utilizando um instrumento de Avaliação para Sistemas de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde. Esse instrumento aponta **seis seções de indicadores**: política e marco legislativo; serviços de Saúde Mental; Saúde Mental na Atenção Primária; Recursos Humanos; Educação Sanitária e vínculos com outros setores e monitoramento e avaliação, sendo que cada indicador foi transformado em perguntas. Como resultado da avaliação dos serviços de saúde mental do México, verificou-se que do orçamento total destinado à saúde, apenas 2% foram destinados para saúde mental e desse percentual, 80% foi utilizado para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. O foco da atenção de saúde mental estava no hospital psiquiátrico e haviam poucas enfermarias psiquiátricas de internação em hospitais gerais e instalações residenciais, bem como serviços específicos para crianças e adolescentes. Apenas 30% dos serviços tiveram protocolos de avaliação da atenção primária e tratamento para transtornos mentais. Na questão da Saúde Mental na APS, é abordado o conhecimento sobre temas relacionados à saúde mental dos médicos que prestam serviços nesses serviços; nível de vinculação do médico da APS com os serviços especializados e com os profissionais da medicina alternativa; interação da APS com outros serviços através de reuniões, estudos de casos, coordenação de atividades e assuntos relacionados com o paciente, assim como a formação dos profissionais alternativos e tradicionais em temas relacionados com a saúde mental. Enfatizamos que essa pesquisa avalia os serviços de saúde mental do México e não especificamente a APS.

Outra pesquisa internacional foi realizada no México, Nicarágua e Chile com o objetivo do desenvolvimento de um quadro de avaliação de cuidados de Saúde Mental

colaborativo. Os cuidados de Saúde Mental Colaborativo devem ser avaliados em diferentes áreas como: Acesso, Tipos de Serviços; Qualidade dos Serviços; Recursos Humanos e os resultados alcançados. Nessas áreas são levantados os pontos fortes e barreiras/limitações. Os pontos fortes pontuados são: colaboração local; universidades locais; existência de normatizações locais para orientar o atendimento clínico; treinamento em andamento; recursos humanos locais; interesse na avaliação; modelo de saúde; família e comunidade; trabalho interinstitucional; forte atenção primária pública e longa experiência de desenvolvimento de saúde mental comunitária. Já as barreiras apontadas são: cultura fraca de avaliação; falta de tempo; falta de formação em Avaliação; falta de capacidade local para análise e sistemas de informação limitados (SAPAG *et al.*, 2015).

Beehler *et al.* (2015), refere-se em seu estudo à importância da integração da saúde mental e criou um questionário para verificar aderência do provedor de saúde mental/comportamental na APS. Foram realizados quinhentos e oitenta contatos por e-mail e convidando para participação de uma pesquisa anônima na Web, sendo que cento e setenta e três provedores participaram da autoavaliação para verificação do nível de adesão à terapia, tipos de intervenções, gerenciamento de referência e continuidade de cuidado, consultas, colaboração e comunicação interprofissional.

Fletcher *et al.* (2014) realizou avaliação da rede dos profissionais de saúde mental da Austrália, promovendo uma abordagem clínica colaborativa aos cuidados de saúde mental primários. Essa avaliação proporcionou comunicação nas redes intersetoriais, através de oficinas apoiadas por materiais de educação e treinamento, redes clínicas interdisciplinares contínuas, com sustentabilidade, sites e linha telefônica gratuita para obter informações.

Rush (2014), refere-se ao trabalho colaborativo do Grupo canadense de cuidados de saúde mental compartilhados, o autor resumiu vários Modelos de Colaboração que podem ser úteis para considerações de avaliação: Comunicação Efetiva; Consulta; Coordenação, Co-localização e Integração. **A Comunicação efetiva** analisa a transmissão de informações relevantes sobre indivíduos e os programas de forma oportuna, legível, relevante de maneira compreensível, incluindo os registros eletrônicos. **A Consulta** envolve questões de saúde mental, adicção, aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde, orientações e acompanhamento de outros prestadores de serviços para complementar o cuidado e apoio de seus clientes e famílias, enquanto compartilhamento de responsabilidade contínua dos cuidados. Alternativamente, outros provedores de serviços fornecem aconselhamento aos prestadores de serviços especializados na gestão de médicos, necessidades psicossociais e/ou espirituais de indivíduos com problemas de saúde mental e/ou uso abusivo/dependência de

drogas. A **Coordenação** abrange a coordenação de planos de cuidados e atividades clínicas para evitar duplicações, uso de recursos de forma eficiente e o acesso das pessoas para os serviços que eles necessitem; também pode incluir atividades educacionais entre os profissionais. A **Co-localização** é a localização realizada por profissionais na tentativa de colocar outros prestadores de serviços com novas configurações e alternativas na saúde mental e na dependência, para ajudar a resolver problemas de ordem física, psicossocial e/ou espiritual. Já a **Integração** analisa a questão de um único serviço ou equipe clínica que engloba a saúde mental, uso abusivo/dependência de drogas, cuidados primários e outros profissionais relevantes para o planejamento e tomada de decisões compartilhadas, documentação em um registro médico comum ou compartilhado e atividades de intervenção colaborativa. Esta equipe clínica interdisciplinar pode ser vinculada como uma única entidade administrativa ou ser vinculada por contrato de serviço e/ou contratos.

Simon *et al.* (2013), em sua pesquisa, utiliza-se de instrumento para avaliação das capacidades mais afetadas pelo transtorno mental e sua associação com fatores sociodemográfico, fatores clínicos e outras medidas de bem-estar. Nessa pesquisa os domínios de capacidade mais afetados foram: "Atividades diárias", "Influenciar as decisões locais", "Desfrutando recreação", "Planejando a própria vida" e "Discriminação".

Vickers *et al.* (2013) realizou avaliação de opiniões e experiências dos profissionais da APS e sua equipe de suporte, antes e depois da implantação dos cuidados de Saúde Mental na APS. Evidenciou-se que o tratamento no local mais próximo da sua residência torna-se um fator imprescindível para o conhecimento da realidade de vida do paciente, bem como a necessidade da sustentabilidade de modelos integrados de cuidado e a necessidade de pesquisas nessa área.

Shinde (2013) em sua pesquisa avaliou a eficácia de intervenções colaborativas em cuidados intensivos para transtornos mentais na APS, em Goa, na Índia, através de estudo randomizado para comparar os resultados de intervenções em situações diferenciadas: intervenções de cuidados colaborativos e intervenções de cuidados habituais.

Beehler *et al.* (2013) desenvolveu estudo sobre indicadores voltados ao atendimento clínico das pessoas com transtornos mentais, junto aos cuidados primários, nos Estados Unidos. Esses indicadores abordaram o tempo de atendimento clínico, discussão de barreiras para seguimento do tratamento, integração dos cuidados em saúde mental, intervenções comportamentais e/ou cognitivas, desenvolvimento do plano de tratamento.

Farmanova, Grenier e Chomienne (2013) em seus estudos desenvolveram testes piloto, de um questionário para avaliação de serviços de saúde mental, em clínicas da equipe de

saúde familiar em Ontário, Canadá. Tal instrumento avaliou itens como: acessibilidade, envolvendo qualidade dos serviços prestados, estrutura física e tempo com base nas necessidades dos usuários; continuidade envolvendo a capacidade do serviço fornecer o cuidado ininterruptamente; adequação do serviço prestado questionando a relevância do mesmo aos pacientes; qualificações e supervisão, analisando conhecimento e habilidades do provedor dos serviços, eficácia; eficiência e segurança.

A pesquisa nacional de Reinaldo (2008) elenca algumas características atribuídas às ações da APS quanto ao cuidado da saúde mental como: associação da Saúde Mental com as demais ações da rede básica; assegurar o bem-estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; alocar os programas de Saúde Mental em diferentes serviços da rede básica, formando uma rede de suporte; realizar ações diretas e indiretas; utilizar novas estratégias de abordagem em saúde; agregar profissionais com diferentes formações; implicar a participação da comunidade, bem como considerar suas características para realização das intervenções e implantar Educação Continuada das Equipes da APS em Saúde Mental.

Macedo *et al.* (2015) desenvolveu um sistema de monitoramento de Avaliação do Programa de Saúde Mental da cidade de Santarém, Estado do Pará. O SisMental cria um banco de dados para auxiliar na solução das dificuldades de gerenciamento de dados e nos custos encontrados no atendimento de pacientes com deficiência intelectual, prevalência de transtornos mentais e neurológicos na cidade, e os psicotrópicos mais utilizados em todas unidades básicas de saúde.

Gregório (2012) revisou a agenda de prioridades em pesquisa na área de saúde mental no Brasil. Há indicações para estudos sobre eficácia das intervenções; matriciamento; comparações de diferentes modelos de cuidados escalados; intervenções para melhorar a identificação e tratamento de transtornos mentais comuns em Programa de Saúde da Família. As outras questões foram relacionadas à avaliação dos serviços de saúde mental para adultos e crianças / adolescentes, para esclarecer as barreiras ao tratamento na atenção primária, toxicodependência e distúrbios mentais graves; investigar a relação custo-benefício de antipsicóticos; projetar intervenções para diminuir o consumo de álcool; e aplicar novas tecnologias para educação e supervisão de não especialistas. Ressalta-se nesse estudo a necessidade da realização de pesquisas avaliativas nos serviços de saúde mental.

Onocko-Campos *et al.* (2012) realizou pesquisa avaliativa na APS, comparando serviços que implantaram estratégias inovadoras de saúde mental na APS, sendo analisadas segundo resolatividade da clínica, articulação entre as redes de atenção primária e saúde

mental e implantação de estratégias de promoção à saúde. Identificaram avanços positivos no grupo com maior implantação de estratégias inovadoras em relação à melhor integração dos agentes comunitários nas equipes das Unidades; à percepção de melhora da assistência pelos trabalhadores e agentes; e à facilidade para encaminhamentos e assistência de casos de saúde mental. As dificuldades identificadas em ambos os grupos foram: comunicação entre os níveis de atenção e dentro das equipes, na implantação do apoio matricial, e ações de promoção à saúde incipientes.

Frateschi e Cardoso (2014) investigaram a avaliação que os usuários fazem do cuidado em saúde mental recebido pela APS. Os usuários apontaram a necessidade de uma escuta qualificada, que promova acolhimento e vínculo, bem como de uma assistência humanizada, longitudinal e integral. A pesquisa ressalta a existência de uma lacuna entre ações em saúde mental e APS, e que a avaliação feita pelos usuários é fundamental para consolidar novas formas de agir em saúde.

A escassez de estudos identificada, no período analisado, reforça a importância de investigar aspectos organizacionais e o funcionamento dos serviços de APS quanto às características de qualidade e capacidade de integração às redes regionais de atenção à saúde, com foco na saúde mental, especialmente quando consideramos a necessidade de indicadores de qualidade para implantação e avaliação das ações de saúde mental na APS. A existência de políticas públicas voltadas à saúde mental já conseguiu várias conquistas legais, exigindo efetivação de uma rede de serviços voltada às pessoas com transtornos mentais graves, bem como dependentes de drogas. No entanto ao referirmos as ações de saúde mental na atenção primária, temos um cenário com desmonte de políticas públicas à saúde mental no contexto do SUS, uma ampla e heterogênea rede de APS, tornando-se necessário expandir discussões, pesquisas e implantar de fato essas ações às pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais e uso abusivo/dependência de drogas.

Diante do exposto, amplia-se a responsabilização dos serviços de atenção primária sobre saúde mental, tornando a avaliação uma importante estratégia para qualificar essas ações. Esse nível de atenção desempenha papel essencial no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção primária e secundária, em relação ao sofrimento psíquico, transtornos mentais e uso abusivo/dependência de drogas, tanto para usuários com outros agravos e condições clínicas em seguimento no serviço, como para a população do território de cada serviço, sendo assim um ponto de grande relevância na rede de atenção psicossocial.

O presente trabalho tem como objeto de estudo a oferta e a organização das ações de saúde mental desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária, e pretende responder às

seguintes perguntas norteadoras: Como os serviços de APS estão organizados quanto à oferta e implementação de ações na área da saúde mental e uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas? Os serviços da APS realizam atividades de promoção, prevenção e assistência de saúde mental? Existem mecanismos de conexão intersetorial?

O levantamento realizado indica que essa temática ainda foi pouco explorada pela literatura, e que não existem instrumentos disponíveis para a avaliação dessa específica dimensão do cuidado. Nesse sentido, propomos avaliar a organização de ações de atenção à Saúde Mental na APS, a partir da elaboração de um quadro avaliativo inserido num processo de avaliação global das ações em serviços de APS, conforme proposto pelo instrumento QualiAB.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade da organização de ações voltadas a saúde mental em serviços de atenção primária à saúde em uma Rede Regional de Atenção à Saúde do estado de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar indicadores de avaliação da organização das ações de atenção à Saúde Mental na APS.
- Descrever e avaliar a organização de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde mental e a articulação de um trabalho em rede a partir da APS;
- Verificar associações entre os diferentes grupos de qualidade na atenção à saúde mental a partir de variáveis explanatórias.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e quantitativo, baseado na elaboração e aplicação de indicadores de avaliação da organização de práticas de atenção à saúde mental e uso abusivo e dependência de SPA, desenvolvidas em serviços de APS da RRAS 09. Essa aplicação representou a etapa piloto de projeto mais amplo de atualização do Questionário QualiAB (Zarilli, 2015).

A proposição de indicadores se deu a partir da análise das questões que compõem o instrumento “Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica” – QualiAB, aplicado em 2014 na RRAS 09, que resultou num recorte específico, tomando por base as diretrizes políticas e normas técnicas que orientam a implantação de ações de Saúde Mental na APS. Esse recorte possibilitou a elaboração de um banco constituído pelos itens selecionados.

O instrumento QualiAB toma a organização do trabalho como foco central de avaliação dos serviços [...] propondo indicadores de qualidade que apontem: quais as ações realizadas, como são operadas e quanto se aproximam do padrão desejável, segundo as diretrizes postas para a Atenção Básica pelo Sistema Único de Saúde. [...] define um conjunto de indicadores de processo e, secundariamente, de estrutura, que procuram abarcar as diferentes etapas de promoção, prevenção e assistência do conjunto de atividades e programas sob responsabilidade da Atenção Básica.” (BRASIL, 2012a; CASTANHEIRA et al., p.9, 2016)

O recorte realizado parte das nessas mesmas premissas, mas com foco direcionado à organização das ações pertinentes a atenção à Saúde Mental.

Do total de 303 unidades básicas de saúde presentes na RRAS 09, em 68 municípios, foram analisados os dados referentes a 157 serviços que participaram da avaliação, localizados em 41 municípios, na qual realizaram adesão ao responderem o QualiAB.

Apresenta-se a seguir o contexto da avaliação, os pressupostos teóricos do instrumento escolhido, uma síntese do quadro avaliativo utilizado e o plano geral de análise dos resultados. As bases teóricas conceituais da construção dos indicadores e de seu agrupamento em domínios serão apresentadas como parte inicial dos resultados.

3.1 Contexto da Avaliação

A Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 09, tem a mesma área de abrangência do DRS VI Bauru (Departamento Regional de Saúde VI Bauru, divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo). Localizada no centro-oeste do Estado, é composta por sessenta e oito municípios e dividida em cinco regiões de saúde: Bauru, Jaú,

Lins, Pólo Cuesta e Vale do Jurumirim, com o total de 303 serviços de APS (BRASIL, 2012 c).

A **região de saúde de Bauru** é composta por dezoito municípios: Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Bauru, Borebi, Cabrália Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves e Reginópolis, sendo Bauru o município sede da Região.

A **região de saúde de Jaú** é composta por doze municípios: Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boracéia, Brotas, Dois Córregos, Igaraçu do Tietê, Itajú, Itapuí, Jaú, Mineiros do Tietê e Torrinha, sendo Jaú o município sede da Região.

A **região de saúde de Lins** é composta por oito municípios: Cafelândia, Guaiçara, Getulina, Lins, Pongaí, Promissão, Sabino e Uru, sendo Lins o município sede da Região

A **região de saúde Pólo Cuesta** é composta por treze municípios: Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel, Torre de Pedra, sendo Botucatu o município sede da Região.

A **região de saúde do Vale do Jurumirim** é composta por dezessete municípios: Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaí, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejuapá, sendo Avaré o município sede da Região.

Considerando que essas regiões possuem municípios de pequeno porte que não comportam a presença de serviços especializados na atenção psicossocial, a articulação de Saúde Mental do DRS VI, tem realizado oficinas de sensibilização com os gestores quanto à necessidade de fortalecimento da RAPS por meio da implantação de diferentes pontos de atenção com abrangência regional, embora todos os municípios necessitem prestar assistência em saúde mental na Atenção Primária de Saúde, conforme determina a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2016). Nessas regiões existem serviços de gestão municipal que têm abrangência regional, como é o caso dos CAPS do município de Lins, e serviços de gestão estadual como os CAPS de Botucatu, referência para as Regiões do Pólo Cuesta e Vale do Jurumirim.

Na Região de Saúde de Jaú contamos com: - **Associação Hospitalar Thereza Perlatti** de Jaú, que mantém convênio com a Secretaria de Estado da Saúde para atender a pacientes na especialidade de psiquiatria e é cadastrada como Hospital Psiquiátrico Classe II, contando ainda com credenciamento para atender pacientes psiquiátricos em regime de Hospital-Dia. Está localizado na cidade de Jaú, pertencente à região de saúde de Jaú, sendo referência para

68 municípios da abrangência do DRS Bauru, para internação dos casos agudos, tanto para transtornos mentais como para dependência química. É uma instituição que vem desenvolvendo ações direcionadas ao tratamento, recuperação e reinserção social, ações estas que são elaboradas e discutidas junto à Articulação de Saúde Mental do DRS VI Bauru, tendo como objetivo o cuidado ao paciente psiquiátrico e o fortalecimento de estratégias terapêuticas que subsidiam a implementação da rede de atenção em saúde mental, identificando necessidades e prioridades de intervenções resolutivas (BRASIL, 2016).

Na Região de Saúde de Lins contamos com: - O **CAIS Clemente Ferreira**, Hospital de Grande porte pertencente à Região de Saúde de Lins, que iniciou suas atividades para tratamento de tuberculose. Após a reforma psiquiátrica, e consequentemente a imposição de mudanças na área da saúde mental, muitos leitos de Longa Permanência foram desativados. O Centro de Atenção Integral Clemente Ferreira em Lins, referência estadual, atualmente conta com 120 leitos de psiquiatria e 180 leitos crônicos de Neurologia, sendo estes 120 de adultos e 60 de infanto-juvenil, todos de longa permanência (BRASIL, 2016).

Na Região de Saúde de Pólo Cuesta contamos com: - **CAIS Professor Cantídio de Moura Campos**, que tem como missão oferecer assistência integral em Saúde Mental, além da esfera hospitalar, a toda área de abrangência dos Núcleos de Avaré, Bauru e Botucatu/DRS – VI, através de diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção. O CAIS possui atendimento de nível ambulatorial, de internação e reabilitação, com os seguintes serviços: Atendimento em regime de internação para os casos de pacientes acometidos por transtornos mentais agudos (desde que esgotados todos os recursos extras – hospitalares); Atendimento intensivo, contínuo e comunitário através de um CAPS II, um CAPS AD II e da Oficina Terapêutica; Assistência aos usuários moradores em enfermaria, Centro de Convivência do Idoso e Residências Terapêuticas, algumas delas com aparato clínico; Ambulatório de Saúde Mental de adultos (BRASIL, 2016).

Para conhecimento de alguns aspectos gerais da Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 09, conforme os municípios que a constituem, quanto à distribuição populacional 44,1% dos municípios possuem população estimada com menos de 10.000 habitantes, 47,1% entre 10.000 a 49.000 habitantes, 4,4% entre 50.000 a 99.000 habitantes e 4,4% maiores de 100.000 habitantes, sendo o município de Bauru o mais populoso, com 343.937 habitantes e Uru o menos populoso, com 1.251 habitantes, essa distribuição populacional pode ser visualizada na figura 2 (BRASIL, 2012 c, p. 17).

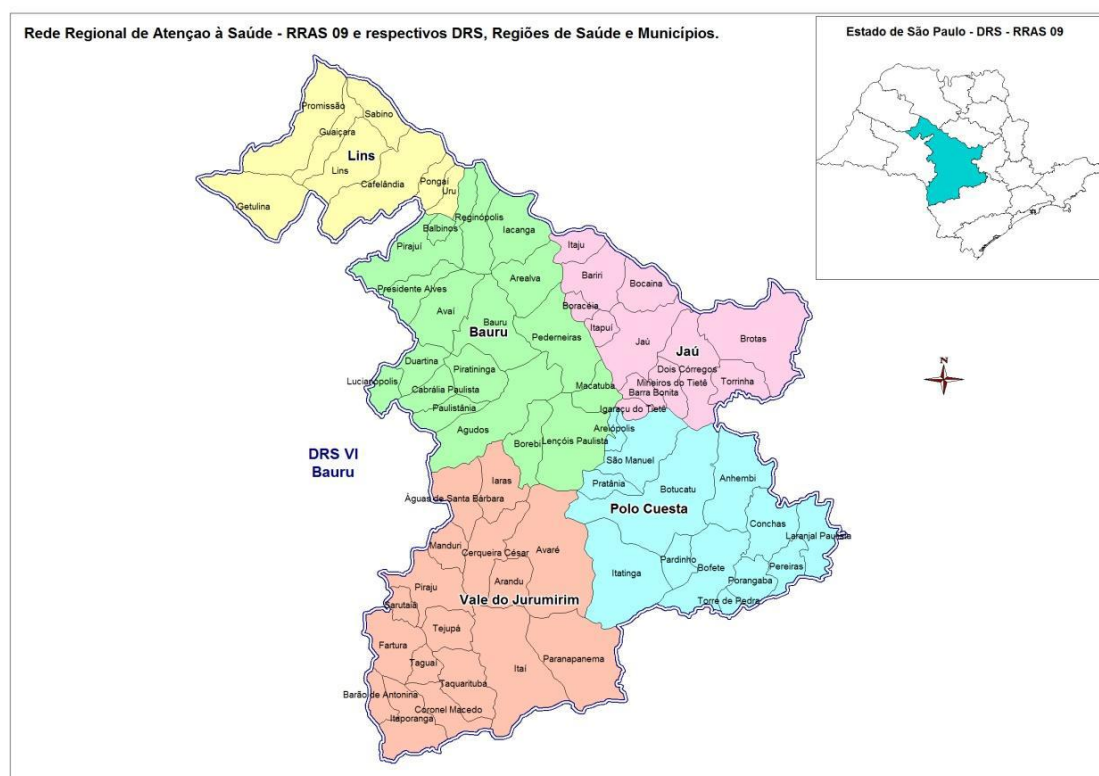


Figura 1 – Distribuição dos municípios segundo faixas populacionais, São Paulo, 2010.

Fonte: CPS/SES/SP

Quadro 4 – Capacidade instalada de CAPS e NASF, segundo a Região de Saúde - RRAS 09, 2013.

Região de Saúde	CAPS	NASF
Bauru	5	0
Jaú	3	0
Lins	3	1
Pólo Cuesta	3	2
Vale do Jurumirim	1	1
RRAS 09	15	4

Fonte: CNES– novembro/2013

Quadro 5 – Número de leitos em hospitais psiquiátricos segundo Região de Saúde, RRAS 09, 2012.

Região de Saúde	Hospital	Porte
Bauru	0	0
Jaú	Hospital Tereza Perlatti - Jau	151 A 500 Leitos (Grande)
Lins	Cais Clemente Ferreira - Lins	151 A 500 Leitos (Grande)
Pólo Cuesta	Cais Cantidio De Moura Campos Botucatu	51 A 150 Leitos (Médio)
Vale do Jurumirim	0	0
RRAS 09	3	1.150 leitos

Fonte: TABWIN / CNES Junho/2012

Os Quadros 4 e 5 demonstram a fragilidade da RRAS 09, com relação à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, com poucos pontos substitutivos à internação psiquiátrica. Há apenas 15 CAPS e 4 NASF como dispositivos essenciais à realização de ações de saúde mental na APS, com apoio matricial destes serviços. Compõem ainda a rede 2 hospitais psiquiátricos de grande porte e 1 de médio porte com capacidade máxima de 1150 leitos. Chama-nos a atenção, pois a esquizofrenia é a principal causa de internação psiquiátrica, estando entre as 20 principais causas de internação nessa região, quando considerado o conjunto das patologias que determinam as internações.

3.2 Avaliação da Organização do Processo de Trabalho em Saúde

A política de Saúde Mental é considerada transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços e nas práticas de saúde em seu cotidiano.

Nesse sentido, a política de saúde mental deve estar inserida, intrinsecamente, em todos os serviços de saúde pública e privada, na organização do processo de trabalho e consequentemente nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação. A partir da organização e oferta de ações na saúde construídas nessas bases, poderiam se reconstruir novas formas de cuidado, pautadas na integralidade e na humanização. Um cuidado na lógica emancipatória marcado pela ampliação da autonomia, visando ajudar a pessoa a desvelar e lidar com suas escolhas. Do outro extremo podemos promover um cuidado tutelar, disciplinador, prescritivo, normatizador e restritivo, no qual se

predetermina e estabelece, a partir de critérios externos, aquilo que a pessoa deve fazer e como deve se comportar (MERHY, 2007).

A escolha do QualiAB, enquanto um instrumento com foco na avaliação da organização e oferta de ações, como ponto de partida para a definição de indicadores da atenção à saúde mental na APS, está ancorada na premissa de que o modo de operar os serviços de saúde pode ser avaliado a partir de sua organização, e que esta pode ser reconhecida como sendo a base material onde se define o processo de produção do cuidado, ou seja, o processo de trabalho, levando em consideração a teoria do trabalho em saúde.

A atenção em saúde mental constitui-se num processo de produção específico, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem (MERHY, 1997). Muitas pessoas acreditam que no campo das práticas de saúde, a identificação de algum sinal ou sintoma como problema de saúde e a forma de obter a “cura”, constitui, geralmente, o foco principal dos profissionais e serviços de saúde, no entanto, podemos dizer que o mais importante se encontra na produção do cuidado, na qual analisamos e compreendemos os aspectos subjetivos de cada sujeito, levando em consideração a história de vida, os aspectos culturais, sociais e familiares do usuário.

Nesse sentido, o trabalho em saúde é um processo que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na produção de diferentes produtos e mercadorias; dá-se sim sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre sujeitos cuja relação ocorre por diferentes tecnologias.

Quando falamos em processo de trabalho em sua definição clássica, referimo-nos ao projeto que orienta esse processo (e suas finalidades), aos instrumentos de trabalho, ao homem que trabalha (seu agente) e aos produtos desse processo. No caso do processo de trabalho em saúde, imaginamos que a “matéria-prima” – o objeto de intervenção e ao mesmo tempo seu produto - é o usuário; as tecnologias (leve/dura/leve-dura)³ são simultaneamente instrumentos de trabalho e intervenção em ato; o homem é o trabalhador em saúde – operador do cuidado; sendo o produto, o homem saudável, ou seja, atos de saúde gerando a produção do cuidado, e promovendo o bem-estar e a felicidade deste. Todo esse processo de organização do labor, definirá a qualidade dos serviços prestados.

³ Tecnologia é aqui entendida como um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Esse conhecimento pode ser materializado em máquinas e instrumentos - tecnologias duras; saberes e práticas estruturados - tecnologias leve-duras ; e as tecnologias leves: trabalho vivo/produção de serviços/ abordagem assistencial - modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização (Franco e Merhy,1999).

Ainda que um instrumento estruturado, como o QualiAB e, portanto, também o recorte proposto para avaliar a atenção à Saúde Mental, não aborde a dimensão mais subjetiva e relacional desse cuidado, a aproximação com o modo de organizar as ações nos fornece elementos sobre a base em que essas relações se desenvolvem e sobre as tecnologias que são utilizadas. Reconhece-se, assim, os limites da abordagem proposta, mas também sua potencialidade ao poder estabelecer um conjunto de indicadores que permitam construir uma linha de base sobre a organização das ações de saúde mental na APS.

3.3 Instrumento QualiAB 2014 – identificação de Domínios e Indicadores para avaliação da Atenção à Saúde Mental na APS

O QualiAB é um questionário estruturado e de autorresposta, desenvolvido para investigar a estrutura e a organização do processo de trabalho, por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de serviços de saúde da atenção primária, independente do seu modelo organizacional, seja Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS)⁴ ou diferentes arranjos entre esses dois modelos. Isto reflete uma das potencialidades do instrumento, e favorece a adequação quanto a realidade paulista de organização de serviços. Foi originalmente desenvolvido por pesquisa avaliativa realizada no ano de 2007, sendo reaplicado em 2010 em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Paulo (CASTANHEIRA *et al.*, 2011; ZARILI, 2015). O instrumento foi revisto e teve sua nova versão validada pela pesquisa “Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional”, realizada com apoio do CNPq (Processo nº 485848/2012-0). A versão do instrumento utilizada nesta pesquisa é do QualiAB 2014, que integrou a fase piloto desse estudo, com a aplicação do questionário de forma censitária em serviços de atenção primária da RRAS 09, no ano de 2014 (ZARILI, 2015).

Destaca-se, em relação às versões anteriores, que o QualiAB 2014, inclui itens de respostas relativas à atenção à saúde mental e dependência de SPA, em questões gerais e novas perguntas diretamente relacionadas à saúde mental e dependência de SPA, com base nas atuais proposições políticas e orientações técnicas do SUS para a atenção a esse público, pela APS.

⁴ Compreende-se como Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, a unidade de saúde sem equipe de Saúde da Família.

A versão do QualiAB aplicada na RRAS 09, em 2014, é composta por 126 questões de múltipla escolha, que caracterizam o serviço e definem indicadores de avaliação do conjunto das atividades realizadas. O instrumento é formado por questões com múltiplos itens/alternativas de respostas, uma vez que a opção de resposta pode variar entre assinalar apenas uma alternativa ou em outras pode ser assinalada uma ou mais alternativas. Os itens de resposta selecionados foram definidos como indicadores de qualidade para avaliação quanto atenção à saúde mental e ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, pelos serviços de APS, desta forma, ambos adequados para compor o conjunto de indicadores selecionados para análise.

Foi realizada a eleição e categorização dos itens escolhidos, com a definição de 140 indicadores agrupados, em 04 domínios, que reúnem questões com abordagens semelhantes, em relação à organização das práticas de promoção e prevenção da Saúde Mental, e de atenção às pessoas com transtornos mentais, sofrimento psíquico e uso abusivo ou dependência de SPA.

A definição dos 04 domínios foi baseada na revisão de políticas e normas técnicas e na literatura nacional e internacional indexada, que pontuam as diretrizes para a realização de ações de atenção à Saúde Mental na APS e para o trabalho em Rede e Intersetorialidade de modo integrado à APS.

O domínio **Promoção da Saúde Mental** inclui ações de educação em saúde na comunidade e na unidade de saúde; atividades em instituições para crianças e adolescentes, abordando exclusão social e discriminação, bullying, violência, trabalho infantil, prostituição na adolescência e saúde mental; ações de orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas em consultas de puerpério imediato e tardio; de promoção da saúde das crianças, idosos, pessoas acamadas, da saúde do homem, das pessoas com deficiência e da saúde do trabalhador.

O domínio **Prevenção de agravos e problemas de Saúde Mental** abrange ações de educação na comunidade e unidade de saúde voltadas para prevenção de condições específicas; ações de prevenção presentes no atendimento ao pré-natal e puerpério, na atenção às crianças, adolescentes, adultos, idosos, cuidadores, pessoas acamadas, pessoas com deficiência; ações de prevenção relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas e do sofrimento psíquico; ações aos cuidadores de idosos e pessoas acamadas, estratégias de formação ou educação permanente que abordam violência, álcool e outras drogas, questões relacionadas à saúde mental.

O agrupamento de questões no domínio **Assistência à Saúde Mental na APS** considera ações de diagnóstico e assistência a situações de violência (contra mulher, adolescentes, crianças, pessoas com deficiências e idosos); ações de atenção aos cuidadores; ações de diagnóstico e assistência em casos de uso abusivo de álcool e outras drogas; acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais e controle do uso crônico de benzodiazepínicos; visitas domiciliares periódicas às pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais e pessoas com deficiências.

E ainda, o domínio **Trabalho em Rede e Intersetorialidade** aponta o acesso dos serviços da APS à rede de serviços; articulação das ações de educação em saúde com outras instituições; acompanhamento intersetorial em casos de violência contra os idosos, crianças e adolescentes; discussão de casos de pessoas acamadas, uso abusivo de drogas.

3.4 Avaliação da Atenção à Saúde Mental nos Serviços de APS da RRAS 09 - Plano de análise

Após a construção dos indicadores e sua fundamentação, foi definido o banco para a avaliação proposta.

Com a finalidade de identificar os serviços com melhor desempenho, primeiramente foi realizada uma análise descritiva com as frequências de respostas dos serviços aos indicadores selecionados, a partir do programa IBM SPSS Statistics Base, versão 20.0. Para análise dos dados optou-se pelo sistema binário, sendo que (0) significa não realizar ações de saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas e (1) corresponde à realização dessas ações pelo serviço.

Conforme a pontuação de cada serviço, e para avaliar as diferenças de desempenho, optou-se por agrupamentos por meio da técnica de clusters, pelo teste de k-médias realizado no Programa Statistics Base, de modo a obter a máxima heterogeneidade possível entre os diferentes grupos de qualidade e a máxima homogeneidade interna em cada grupo. Foram definidos 5 Clusters para cada domínio. Para obtenção das médias nos domínios (dom.1, dom.2, dom.3, dom.4) utilizou-se a frequência de respostas em relação ao total de indicadores selecionados para cada um, variando o valor obtido pelo serviço entre 0 e 100%. Esse procedimento foi repetido para todos os domínios.

Na perspectiva de investigar possíveis relações entre uma ou mais variáveis independentes na associação ao pertencimento ou não quanto aos grupos de qualidade, foi realizado o teste de regressão logística (Programa SAS), a partir das variáveis apresentadas

como fonte de dados complementares. Essas variáveis foram testadas em cada um dos domínios avaliados. São variáveis que não compõem a avaliação da atenção à saúde mental e que podem assim ser reconhecidas como variáveis independentes para análise de possíveis relações com a qualidade da atenção à saúde mental nos serviços de APS da RRAS 09 (Quadro 12).

Quadro 6 – Características das unidades respondentes testadas como variáveis independentes, agrupados em três conjuntos de questões segundo temática comum, QualiAB 2014.

Blocos de Questões Segundo Temática Principal	Variáveis Explanatórias
Identificação e Características Gerais do Serviço.	1. Unidade de Saúde da Família.
	2. Unidade Básica de Saúde.
	3. Unidade Básica de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
	4. Unidade Básica de Saúde com Equipe de Saúde da Família.
	5. Posto Avançado de Saúde.
	6. Área de abrangência definida por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso.
	7. Área de abrangência definida pela equipe.
	8. Não é delimitada a área de abrangência.
	9. Matriciamento realizado por NASF.
	10. Matriciamento realizado por equipe multiprofissional.
Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde.	11. Uso dos dados da produção assistencial para organização dos serviços de saúde.
	12. Dados da produção assistencial utilizados pela gestão municipal.
	13. Dados da produção assistencial utilizados pela Unidade para orientar e planejar ações locais.
	14. Levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de estudos na comunidade.
	15. Avaliação organizada pela gestão municipal.
	16. Avaliação organizada pela própria unidade.
	17. Avaliação da unidade através AMAQ.
	18. Avaliação através do PMAQ.
	19. Avaliação por meio do QualiAB.
	20. Avaliações organizadas por outras instituições.
	21. Planejamento e reprogramação das atividades realizadas com participação da equipe multiprofissional como desdobramento do processo avaliativo.
	22. Relatório dos problemas identificados para o nível central da secretaria municipal como desdobramento do processo avaliativo.
Características do Processo Gerencial	23. Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas.
	24. Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada.
	25. Visita eventual de supervisão.
	26. Relacionamento predominante com o nível central através de comunicações escritas ou por internet.
	27. Reuniões de equipe semanalmente no último ano.
	28. Reuniões de equipe quinzenalmente no último ano.
	29. Reuniões de equipe mensalmente no último ano.
TOTAL	29 Variáveis

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente projeto de pesquisa seguirá a Resolução nº 196/96, sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

O projeto foi submetido à análise e aprovação pela Diretoria Regional de Saúde de Bauru (DRS VI), com a autorização dessa instituição, demonstrada através do anexo 2. O mesmo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), por meio do parecer CEP 401.063 (Anexo 3).

Ressalta-se que os gestores municipais de saúde que aderiram à pesquisa concordaram com o termo de adesão à pesquisa, disponível no site <http://www.abasica.fmb.unesp.br> . O modelo encontra-se no anexo 4.

4 RESULTADOS

4.1 Construção do quadro avaliativo – a definição de indicadores de organização da atenção à saúde mental na Atenção Primária à Saúde

Em função da escassez de instrumentos e indicadores de avaliação da Saúde Mental na APS, o primeiro passo foi a elaboração de indicadores. Dada a não existência de indicadores que contemplem as ações na APS abrangendo a complexidade das mesmas, a utilização das questões do QualiAB, enquanto um instrumento de avaliação estruturado, de autorresposta e validado, mostrou-se um ponto de partida que permitiu a construção dos indicadores que contemplem os itens da Política de Saúde Mental documentos técnicos e a literatura nessa área.

A definição de indicadores de qualidade a partir do QualiAB, utilizou como critério geral de escolha itens relacionados à Saúde Mental, indicadores de ações que previnam, identifiquem ou assistam condições de maior vulnerabilidade e exposição a situações de risco para desenvolvimento de agravos psicossociais, e situações de rompimento e fragilização de vínculos familiares, sociais e laborais; enquanto núcleos centrais das ações na APS para Saúde Mental.

Ao justificar a escolha dos indicadores buscamos descrever o processo da elaboração do mesmo, dialogando com autores que corroboravam a ideia geral das políticas. A seguir apresentamos os quadros com a descrição dos indicadores de qualidade e o detalhamento do embasamento da proposição dos mesmos separados por domínio.

Descreve-se nos quadros abaixo, primeiramente a composição geral dos domínios da avaliação e em seguida os quadros com o desenho detalhado do conjunto de indicadores de cada domínio, totalizando quatro domínios a partir dos 140 indicadores de qualidade selecionados e o detalhamento das fontes complementares de dados utilizados.

Quadro 7 – Síntese da padronização para avaliação de serviços de APS quanto atenção à saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas, segundo o número de indicadores por domínio.

Domínios	Nº de Indicadores
1. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA APS	28
2. PREVENÇÃO DE AGRAVOS E PROBLEMAS SAÚDE MENTAL NA APS	53
3. ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA APS	26
4. TRABALHO EM REDE INTERSETORIALIDADE	33
TOTAL	140

FONTE: QualiAB 2014, Categorização dos Domínios.

O **Domínio de Promoção de Saúde Mental na APS** baseia-se na concepção de promoção como aquela que se refere a:

(...) valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Está relacionado à ideia de “responsabilização múltipla”, parcerias intersetoriais, desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis e a participação efetiva no planejamento e execução de iniciativas, visando à qualidade de vida e à saúde (BUSS, 2003, p.16; FARINATTI e FERREIRA, 2006,).

A Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS (2006), realiza uma análise do processo saúde e doença, na qual destaca que a saúde é resultado dos modos de organização do trabalho, da produção e da sociedade, além de estar correlacionada com o lazer, moradia, acesso de bens e serviços. Assinala, ainda, que o aparato biomédico não consegue contribuir com a mudança dos condicionantes e nem dos determinantes mais amplos desse processo, uma vez que se baseia em um modelo de atenção e cuidado, marcado pela assistência curativa centrada nos sintomas.

A PNPS define a promoção de saúde como uma das estratégias de produção de saúde, sendo imprescindível um modo de pensar, refletir e executar estas ações articuladas transversalmente às demais políticas e tecnologias e com possibilidades de responder às necessidades sociais de saúde.

Rabello (2010, p.22) aponta que:

O paradigma da ‘promoção da saúde’ aprovado na Carta de Ottawa, como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde. Assume a

saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida e pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e de mobilização da sociedade. Trabalha com o princípio de **autonomia dos indivíduos e das comunidades**, reforça o planejamento e o poder local.

A Promoção da Saúde está diretamente articulada com a saúde mental, a partir do instante que busca compreender os problemas de saúde e a solução dos mesmos inseridos no cotidiano das pessoas, sendo fundamental o envolvimento de todos para construção de novos espaços de se “fazer saúde”. A saúde é resultante da interação do homem como ser biológico, social, familiar e espiritual em suas relações com o mundo, assim a efetivação da promoção exige transformações na maneira da sociedade entender as questões de “saúde” e “saúde mental”.

Podemos considerar imprescindível a saúde mental na atenção básica, para viabilização da defesa de uma saúde plural, integral, equânime, universal, humanizada, que signifique qualidade de vida digna, através da construção de vínculos técnicos efetivos e ações envolvendo questões da saúde mental.

O processo de construção do SUS com efetivação dos princípios doutrinários, e destacando nesta ocasião a integralidade do modelo de saúde na perspectiva de promover, prevenir, assistir e reabilitar; a Política Nacional de Promoção de Saúde e os determinantes sociais de saúde demonstram evidências que a saúde não significa apenas ausência de doenças, ela está muito mais relacionada ao modo de viver e sentir das pessoas do que à ideia hegemônica da sua determinação biológica. A promoção de saúde mental, para ser efetiva, deve ser conduzida dentro do contexto econômico, social, humano, considerando as singularidades psicossociais e o sofrimento previsível e imprevisível de cada indivíduo (BRASIL, 2002; CARVALHO, 2015).

A promoção de saúde mental na atenção básica tem caráter essencial para o cumprimento das recomendações da política pública nacional de saúde mental, que enfatizam a necessidade de conhecer o território e seus recursos disponíveis para ir além da doença, ou melhor, para garantir um cuidado comunitário, diferenciado e psicossocial, possibilitando autonomia dos sujeitos para participação de atividades físicas, oficinas de geração de renda, envolvimento com conselhos municipais e associações, frequentar escolas, passeios, entre outras atividades que possibilitam avançar no processo de desinstitucionalização pelo fato de trabalhar com a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica (SOUZA, 2015).

Quadro 8 – Relação dos indicadores do Domínio 1 “Promoção à Saúde Mental na APS”.

Domínio 1	Indicadores
Promoção da Saúde Mental na APS	1- Educação em saúde extra muros que abordam a violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros). 2- Palestras na comunidade que abordam diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade. 3- Rodas de conversa na comunidade que abordam temas definidos pela comunidade. 4- Atividades periódicas na comunidade que abordam temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade. 5- Educação em saúde na unidade que abordam a violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros). 6- Palestras na unidade sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde. 7- Atividades em grupo na unidade que abordam outros temas. 8- Atividades em instituições para crianças que abordam a exclusão social e discriminação. 9- Atividades em instituições para crianças que abordam o bullying.. 10- Atividades em instituições para crianças que abordam a prevenção da violência. 11- Atividades em instituições para crianças que abordam orientações contra o trabalho infantil. 12- Atividades em instituições para crianças que abordam a sexualidade e educação sexual. 13- Atividades em instituições para crianças que abordam a prostituição infantil. 14- Atividades em instituições para adolescentes que abordam a exclusão social e a discriminação. 15- Atividades em instituições para adolescentes que abordam o bullying. 16- Atividades em instituições para adolescentes que abordam a violência doméstica. 17- Atividades em instituições para adolescentes que abordam a prostituição na adolescência. 18- Atividades em instituições para adolescentes que abordam a saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros). 19- Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas nos atendimentos de puerpério imediato. 20- Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas nos atendimentos de puerpério tardio. 21- Atividades que abordam orientações para inscrição em programas sociais na atenção às crianças. 22- Ações para atenção aos idosos que abordam os direitos da pessoa idosa. 23- Ações que abordam orientações quanto aos direitos sociais no cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições. 24- Ações voltadas à saúde do homem que abordam relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais. 25- Ações voltadas à saúde do homem que abordam paternidade e relações familiares. 26- Ações que abordam orientações quanto aos direitos sociais, na atenção a pessoas com deficiência – PCD. 27- Ações educativas na área da Saúde do Trabalhador. 28- Orientações quanto aos direitos sociais na área da Saúde do trabalhador.
TOTAL	28 Indicadores

FONTE: QualiAB 2014, Categorização do Domínio1 com os indicadores de Qualidade.

No domínio de indicadores da promoção da saúde mental, foram selecionados indicadores de **“Educação em Saúde”** como: palestras, rodas de conversa, atividades periódicas realizadas na unidade de saúde e na própria comunidade, sendo o **“grupo”** um instrumento importante para efetivação destas ações. Neste mesmo domínio há indicadores que enfatizam a importância de realizar **“atividades em instituições”** às crianças e aos adolescentes, com temas como: exclusão social e discriminação, bullying, violência, trabalho infantil, sexualidade e educação sexual, prostituição infantil e aspectos relacionados com a saúde mental. Outro aspecto analisado como indicador são as **“orientações sobre direitos sociais, reprodutivos e trabalhistas”** aos idosos, mulheres, homens, trabalhadores, crianças e adolescentes, pessoas acamadas, pessoas com deficiência. Ações voltadas à **saúde do homem** abordando relações de gênero, paternidade e relações familiares são importantes na construção da saúde mental.

Os serviços que desenvolvem suas atividades na perspectiva do território buscam a singularização do cuidado, a responsabilização dos sujeitos e a construção de outras formas de convivência com as diferenças pautadas em uma concepção de saúde compreendida como processo, e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde. Estas unidades de saúde tendem a pertencer ao grupo de serviços com melhor desempenho na perspectiva de promoção de saúde mental.

Na área de **educação em saúde**, um dos temas abordado nas palestras, rodas de conversas e atividades periódicas é a violência, pois trata-se de um indicador de qualidade na área promocional de saúde na APS, sendo necessárias ações que levem a reflexões amplas sobre o significado de violência na sociedade, bem como as diferentes formas como ela se manifesta na população mais vulnerável, como crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiências e pessoas com transtornos mentais graves.

O sentimento da equipe de não estar habilitada para lidar com casos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, sensação de impotência, além dos temores de enfrentar o problema, podem dificultar a visibilidade dos mesmos e consequentemente resistência da equipe em abordar este tema (RATES *et al.*, 2015; BEZERRA e MONTEIRO, 2012).

A violência doméstica contra a mulher é outro aspecto que deve ser analisado quando apontamos a abordagem da violência na APS, como indicador de qualidade de saúde mental. A mulher violentada apresenta sinais e sintomas nas consultas de rotina na APS. Essas são denominadas pelos/as profissionais de saúde como “poliqueixosas”, devido várias queixas

difíceis de serem diagnosticadas na visão biológica reducionista. Há mais suscetibilidade a uma série de agravos de saúde, como dores crônicas, problemas ginecológicos e psicológicos, num quadro descrito por McCauley *et al.* como “*Battering Syndrome*” ou “Síndrome da Mulher Espancada”. Elas buscam, de maneira mais frequente e recorrente, por assistência nos serviços de saúde da APS (McCAULEY *et al.*, 1995; SIGNORELLI, AUAD, PEREIRA, 2013).

A violência pode ser transmitida de geração para geração, configurando uma transmissão intergeracional, assim quem é violentado reproduz esse comportamento violento. A realização de palestras e rodas de conversas na unidade de saúde e em instituições adscritas no território sobre violência, possibilitam a promoção de saúde mental e evitam propriamente a violência (GOVER, KAUKINEN e FOX, 2008; OLIVEIRA e SANI, 2009).

A promoção e prevenção são outras formas de ações em saúde contra a violência. Essas ações estão representadas pelo trabalho preventivo de atos violentos, nos diferentes aspectos, com crianças, adolescentes, idosos, familiares e comunidades dos bairros de abrangência das unidades de saúde. O desenvolvimento deste trabalho, enquanto atividade educativa, exige uma equipe multiprofissional realizando palestras, reuniões e oficinas de sensibilização para favorecer atitudes de paz e qualidade de vida (MAIA, et al., 2016)

As **atividades grupais** de educação em saúde são prioridades, embora o atendimento individual seja importante e necessário. O grupo é um instrumento que viabiliza um espaço privilegiado para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Sendo assim, fazer parte de um grupo, ser ouvido e respeitado é o sinônimo de “um espaço de atenção”, pois o mesmo tem capacidade de construir, coletivamente, maneiras de proteção social, sentimentos de pertencimento, elaboração de projeto de vida, desenvolvimento de autonomia e possibilidades de verbalização de acontecimentos e sentimentos inerentes à vida. Nestes grupos podem ser abordados temas diversificados para promover saúde, incluindo direitos reprodutivos, sociais, trabalhistas, orientações para inscrição em programas sociais, e todos os demais temas de interesse da população usuária do SUS, consequentemente contribui com a superação do modelo biomédico. Os grupos na saúde podem estar interligados com aspectos culturais, sociais, familiares, emocionais, enfim é importante para consolidação da cidadania, autonomia, empoderamento do usuário do SUS, sendo os mesmos relevantes à promoção de saúde (SANTOS, et al., 2007; BRASIL, 2010a; ZIMERMAN, 2007).

Contemporaneamente os grupos propiciam espaços de reflexão, discussão, estabelecimento de vínculos necessários para o processo de comunicação e interação, alívio ou eliminação de sintomas, desenvolvimento de comportamentos mais saudáveis,

desenvolvimento pessoal, autoconhecimento, troca de conhecimentos e saberes, autonomia e cidadania; além de possibilitarem a existência de atividades de promoção e educação em saúde, nos serviços desta área e na comunidade, sendo uma estratégia facilitadora de verbalização das necessidades, expectativas e circunstâncias que influenciam uma vida saudável. A realização do grupo somente se viabiliza por meio da organização do processo de trabalho, motivando o interesse da equipe em construir estratégias com visão de cuidado psicossocial (FERNANDES, 2003; SOUZA *et al.*; 2007).

O grupo, na Política Nacional de Saúde Mental na APS, conforme o Caderno de Atenção Básica, pode ser considerado um instrumento de intervenção psicossocial e constitui importante estratégia para produção de cuidado em saúde, promovendo saúde mental como espaço de troca de experiências de vida, em momentos diversificados e com sentimentos diferentes, de acordo com a situação vivenciada. Nele, a relevância se dá para que o conteúdo a ser trabalhado deva emergir da própria formação, assim todos os integrantes se sentirão, verdadeiramente, como integrantes ativos de um grupo (PICHON-REVIÈRE, 2005; BRASIL, 2013b).

Atividades destinadas às crianças e adolescentes que abordam a prevenção de violência, orientações quanto ao trabalho infantil, sexualidade e educação sexual, prostituição infantil, exclusão social e discriminação, bullying, tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros são considerados indicadores de saúde mental na APS.

Ao nos referirmos à promoção de saúde, através da realização de **atividades educativas em instituições** do território, destacamos que as ações relacionadas a esta área são práticas pedagógicas e, conseqüentemente, estão diretamente relacionadas com a visão de mundo dos envolvidos nas ações de saúde (CARVALHO, 2015).

No processo educativo é intrínseco práticas pedagógicas e conseqüentemente a dimensão humana, técnica e político-social; sendo que pode se concretizar a partir do momento do crescimento/desenvolvimento causado pela realização destas atividades. A dimensão técnica relacionada ao conjunto de conhecimentos para realização das ações e a dimensão político-social, levando em consideração que o processo educativo está situado num contexto cultural específico (SCHALL e STRUCHINER, 1995).

A atenção à criança envolve uma série de ações preventivas e promocionais de saúde, desde antes do nascimento, evitando o seu adoecimento para, desta maneira, promover crescimento e desenvolvimento adequados. Considera-se essencial o acompanhamento do desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente, pois promove saúde,

desenvolve potencialidades, diagnóstico e tratamento precoce de patologias. A estimulação no desenvolvimento das crianças desde cedo promove autoconfiança, autoestima, autoconhecimento e a capacidade de lidar com outras pessoas na família e na comunidade (SÃO PAULO, 2012; BRASIL, 2010a).

Dados do VIVA⁵ apontam que os adolescentes estão no segundo lugar como vítimas de violência intrafamiliar e sexual, portanto, a importância crucial de destinar ações nesta área. Os adolescentes e jovens são mais vulneráveis a situações de agressividade, homicídios, acidentes de transporte terrestres, suicídios, bullying. Fante (2005, p. 62-63), aponta que o bullying “começa frequentemente, pela recusa de aceitação de uma diferença”, seja da mais simples a mais abrangente, envolvendo peso, estrutura física, religião, cor dos cabelos, deficiências. Nas situações de bullying, emergem uma diferença de ordem psicológica, social, cultural, física e sexual.

A sexualidade é intrínseca a qualquer ser humano, mas na adolescência se inicia o período de descoberta, curiosidade, e desta forma a necessidade de abordar a sexualidade, transcendendo o aspecto meramente biológico, mas a visualizando como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelos valores, crenças pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade (BRASIL, 2010a).

Para realização de práticas educativas em instituições com vistas à promoção da saúde mental de crianças e adolescentes, torna-se necessário pensar nessa em estreita interdependência com os fatores psicológicos, sociais, ambientais, familiares e culturais, compreendendo que na prática, estas ações proporcionarão espaços de permanente reflexão para a descoberta de sentimentos, emoções, habilidades, potencialidades, crises e limitações (MACEDO e CONCEIÇÃO, 2013)

Ao apontarmos as **ações de orientações de direitos** como indicador de qualidade de saúde mental na APS, retomamos historicamente ao fato da promoção de saúde ser uma proposta pública mundial, na busca pelo rompimento de paradigmas marcados por práticas de saúde individualizadas, especializadas e com orientações voltadas a área assistencial.

A orientação, como indicador de saúde mental, corrobora com uma nova maneira de fazer saúde, incorporando conteúdos sociais nesta abordagem e envolvendo os trabalhadores desta área, usuários do SUS, a comunidade e a sociedade como um todo. A promoção de uma vida saudável está estreitamente articulada com a qualidade, com a necessidade de ter lazer, moradia, trabalho, renda, enfim - o ser humano precisa ter “prazeres” na vida, através da

⁵ VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes, implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde. Painel de indicadores do SUS nº 5 (BRASIL, 2008, p.14)

exigência da garantia de seus direitos, e para isso as orientações aos usuários da APS são essenciais para concretização da saúde mental.

A promoção de saúde mental, além de ser complexa, ainda abrange assuntos diversificados, dessa maneira há necessidade de orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas nos atendimentos de puerpério imediato e tardio, bem como informações que abordam como se inscrever em programas sociais, principalmente, dando atenção às crianças como indicadores de qualidade de saúde mental na APS e em saúde reprodutiva, pois são áreas prioritárias da APS, devendo ser ofertadas à população como direito.

O planejamento familiar implica oferta de métodos, técnicas para a concepção, a anticoncepção, informação e acompanhamento, considerando o contexto de escolha livre de discriminação, imposição e violência de cada sujeito, na perspectiva dos direitos humanos (BRASIL, 2009a e BRASIL, 2013c).

As orientações sobre direitos reprodutivos estão interligadas com a sexualidade e saúde mental, sendo uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais e culturais, não apenas relacionados à meta reprodutiva, sendo constitutiva das relações amorosas e afetivas entre as pessoas. No entanto, há restrição de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre direitos sexuais e reprodutivos, sendo os direitos entendidos como decisão, escolha por métodos anticonceptivos, opção pelo parceiro sexual e acesso à informação ou orientação quanto à prevenção de ISTs ou contracepção. Direitos sexuais e reprodutivos abordam outros temas como aborto, esterilização, uso abusivo de tecnologia, e não apenas planejamento do número de filhos, atenção e acompanhamento pré-natal às puérperas (ANVERSA, et al.; 2012 e LEMOS, 2014).

As ações relacionadas à atenção integral para a saúde da pessoa idosa e a promoção do envelhecimento ativo, geralmente com foco na população de adulto, idosos e famílias, principalmente quando exercem cuidados para idosos, são relevantes na construção da saúde mental na APS.

A promoção de saúde mental junto à população idosa, tem sido considerada como indicador de qualidade no desenvolvimento de ações de saúde mental na APS, visto que no processo de envelhecimento há transformações biopsicossociais, que tornam as pessoas idosas mais suscetíveis a instalações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e à vulnerabilidade social. Pode ser observada, em um número relevante da população de idosos no Brasil, a perda cognitiva e/ou surgimento de transtornos mentais, sendo a depressão uma das doenças que mais atinge os idosos, uma vez que esta patologia pode ser capaz de

potencializar a incapacidade funcional e cognitiva, além de sentimento de tristeza, distúrbios do sono, apetite e até ideias suicidas.

Desta forma consideramos fundamental que os serviços de APS promovam ações de saúde mental à população idosa, visando a manutenção da capacidade cognitiva e funcional, principalmente quanto às Atividades Instrumentais de Vida Diária e também de autoestima, resiliência do indivíduo, ampliação da rede social e a busca de ideais e objetivos de vida (LEITE *et al.*, 2006; ANDRADE *et al.*, 2010).

A promoção de saúde mental pelos serviços de APS, para a população idosa, vem sendo efetivada com atividades focadas na saúde, como emoficinas de memória, rodas de conversas, atividades físicas, atividades em grupo (principalmente direcionadas ao empoderamento dos idosos), partilha de experiências, mudanças de comportamento, dentre outras; sendo o objetivo destas atividades o desenvolvimento do bem-estar e o cuidado com a saúde física e mental desta população (WANDERBROOCKE *et al.*, 2015). Ressalta-se que, partilhar a vida com outros idosos auxiliará na redução do sofrimento psíquico, que por sua vez, poderá possibilitar a recuperação de vínculos familiares e sociais.

A promoção de ações voltadas à saúde do homem apresenta um indicador de saúde mental na APS, sendo que episódios de agressão se associam a sintomas de sofrimento e transtornos mentais. A relação entre sofrer violência e sofrimento mental mostra-se relevante para saúde dos homens, e evidencia a necessidade de identificação, nos serviços de saúde, das situações de violência vivenciadas pela população masculina (ALBUQUERQUE, BARROS e SCHRAIBER, 2013).

Ao abordarmos a questão da saúde mental do homem é inequívoco às relações de gênero, como sendo a pessoa do sexo masculino um ser que não vivenciará situações de violência, responsabilidades com a paternidade e relações familiares, sexualidade e a necessidade de orientações sexuais. A saúde mental na APS, em suas ações de promoções são essenciais para efetivação de práticas humanizadas e qualificadas.

As ações educativas e orientações, quanto aos direitos sociais na área da saúde do trabalhador, são indicadores de qualidade de saúde mental na APS, dessa forma os serviços, que realizam ações dessa abrangência, demonstram preocupação em um campo com muitas incertezas, desafios e necessidades de promoção de saúde do trabalhador. Ao prestar atendimento a qualquer ser humano torna-se necessário um cuidado com visão ampliada, efetivando articulação/nexo causal entre a patologia e a ocupação do trabalhador (SOARES, 2015).

A APS encontra-se articulada com a Saúde Pública, sendo que o papel de ambas pode intervir na promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença. Ao referirmos à saúde mental, no espaço da promoção da saúde, sabe-se que o grande desafio está relacionado na maneira como os profissionais agem. Por isso a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial, com a intenção de evitar o diagnóstico de transtornos mentais, e/ou uso abusivo, e dependência de substâncias psicoativas, ou seja, promover a saúde mental exige incorporar práticas que remetem a assuntos jamais “pensados” por muitos profissionais da saúde, ou seja, justifica-se que a exclusão social, discriminação, violência, direitos sociais, entre outros, não são da área da APS.

Segundo Rabello (2010, p. 74) a promoção da saúde propõe “o exercício da cidadania e implica estabelecer os limites entre o que é responsabilidade dos cidadãos e cidadãs em relação a seu próprio bem-estar”. Este bem-estar abrange vários aspectos da saúde mental, desde o entendimento que o “sofrimento” tem caráter inerente à vida humana, à relevância da espiritualidade no processo do desenvolvimento da saúde, das crises familiares previsíveis até à compreensão que sentimentos de alegria, felicidade e prazer interferem diretamente na saúde das pessoas.

O Domínio **“Prevenção de agravos e problemas de Saúde Menta na APS”** e seus indicadores são considerados importantes para construção de ações preventivas na saúde mental.

A “Prevenção”, é utilizada a concepção que define ações preventivas como sendo:

(...) intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Utilizam-se do conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos. A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (CZERESNIA; BUSS, 2003, p.16).

Estabelecemos como indicadores de qualidade de prevenção da saúde mental na APS; elegemos as ações educativas que abordam o uso abusivo de álcool e outras drogas; o questionamento da gravidez desejada; ações de pré-natal que abordam os riscos do tabagismo ou uso de bebidas alcoólicas e outras drogas; escuta ativa da gestante e seus acompanhantes; investigação das condições psicoemocionais e sócio familiares no puerpério imediato e tardio; enfatizamos o quanto se faz necessário um olhar amplo de saúde, ao desenvolvimento de práticas mais voltadas aos aspectos de prevenção de problemas de natureza, da área da saúde mental, conforme exposto no Quadro 9.

Quadro 9 – Relação dos indicadores do Domínio 2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”.

Domínio 2	Indicadores
Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na APS.	1- Educação em saúde extra-muros que abordam o uso abusivo de álcool e outras drogas. 2- Educação em saúde na unidade, no último ano, que abordam o uso abusivo de álcool e outras drogas. 3- Questionamento se a gravidez é desejada antes do resultado e encaminhamentos necessários. 4- Ações de pré-natal que abordam os riscos do tabagismo e uso de bebidas alcoólicas e outras drogas. 5- Ações de pré-natal através da escuta ativa da gestante e se seus (suas) acompanhantes. 6- Investigação das condições psicoemocionais no puerpério imediato. 7- Investigação de condições sócio familiares no puerpério imediato. 8- Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério tardio. 9- Investigação de condições sócio familiares no puerpério tardio. 10- Diagnóstico e acompanhamento de crianças com problemas relacionados à saúde mental. 11- Identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual na atenção às crianças. 12- Orientações quanto ao uso de álcool e outras drogas nas atividades de rotina com adolescentes. 13- Identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual nas atividades de rotina com adolescentes. 14- Atenção à saúde mental nas atividades de rotina com adolescentes. 15- Ações que abordam o alcoolismo e outras drogas na atenção aos adultos. 16- Atividades realizadas na atenção ao adulto, que abordam assuntos de saúde mental. 17- Atividades que abordam a Violência na atenção aos adultos. 18- Avaliação cognitiva (demências) na atenção aos idosos. 19- Identificação de quadros depressivos na atenção aos idosos. 20- Ações na atenção aos idosos que abordam a violência contra a pessoa idosa. 21- Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas na atenção aos idosos. 22- Avaliação da funcionalidade familiar dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas. 23- Investigação da rede de apoio social dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas. 24- Suporte informativo aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas. 25- Avaliação do estresse do cuidador de idosos e/ou pessoas acamadas. 26- Ações para cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas que abordam a detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar. 27- Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas às pessoas acamadas no domicílio ou instituições. 28- Avaliação do padrão de consumo de álcool em casos de alcoolismo. 29- Investigação do uso de outras drogas em casos de alcoolismo. 30- Orientações e acompanhamento dos casos de alcoolismo na própria unidade. 31- Avaliação de risco e vulnerabilidade social de situações de violência em casos de alcoolismo. 32- Investigação e controle de comorbidades associadas ao alcoolismo. 33- Avaliação do padrão de consumo de drogas, em casos de uso abusivo de outras drogas. 34- Investigação do uso de álcool em casos de uso abusivo de outras drogas. 35- Orientações e acompanhamento dos casos de uso abusivo de drogas na própria unidade. 36- Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência em casos de uso abusivo de drogas. 37- Investigação e controle de comorbidades, associadas ao uso abusivo de drogas. 38- Orientação aos cuidadores e/ou familiares de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais.

	39- Visita domiciliar para avaliação de vulnerabilidade social às pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais. 40- Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais. 41- Ações voltadas à saúde do homem que abordam o uso e a dependência de tabaco, álcool e outras drogas. 42- Ações voltadas à saúde do homem que abordam a vivência, práticas e/ou exposição a situações de violência. 43- Atenção à saúde mental, voltada à saúde do homem. 44- Orientação para os cuidadores de pessoas com deficiências. 45- Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas, às pessoas com deficiências. 46- Vigilância e atenção em casos de violência às pessoas com deficiências. 47- Vigilância de trabalho infantil. 48- Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social pelo agente comunitário de saúde. 49- Identificação de casos de violência intradomiciliar, pelo agente comunitário de saúde. 50- Identificação e orientação de usuários acamados, pelo agente comunitário de saúde. 51- Estratégias de formação ou educação permanente que abordam questões de saúde mental. 52- Estratégias de formação ou educação permanente que abordam a violência (doméstica, sexual, outras). 53- Estratégias de formação ou educação permanente que abordam o uso abusivo e álcool e outras drogas.
TOTAL	Indicadores

FONTE: QualiAB 2014, Categorização do Domínio 2 com os indicadores de Qualidade.

Vale ressaltar, porém, que o modelo teórico conceitual hegemônico no sistema de saúde, o da biomedicina, constitui um obstáculo importante para efetivação da saúde mental na APS. Os problemas de saúde surgem articulados a contextos sociais, familiares, culturais, econômicos, políticos, que extrapolam as políticas de saúde e influenciam o processo saúde-doença.

Ações com foco na **prevenção da saúde mental da mulher** exigem práticas de acordo com o princípio de integralidade, sendo que a mesma apresenta grandes dificuldades nas práticas profissionais. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem de gênero, oferecem à mulher possibilidades de serem sujeitos de sua história, desenvolvendo autoestima, autoimagem, sentimento de pertencimento, reflexões sobre seus papéis na sociedade, autonomia, enfim construção contínua de saúde mental (COELHO *et al.*; 2009).

Raramente, realizam-se ações de prevenção da saúde mental, na APS, direcionadas às **mulheres**. A maioria das ações na APS são realizados por profissionais da área biológica, como enfermeiros e médicos, com intervenções mais focadas nas práticas de saúde programáticas, como consulta durante o pré-natal e no puerpério; prevenção de câncer de

mama e colo do útero; orientações e reflexões sobre o planejamento reprodutivo e atenção de violência diante das manifestações clínicas (MENDES, 2016).

Ao selecionarmos como indicador de qualidade na área da prevenção da saúde mental, o questionamento sobre o **desejo da mulher na gravidez**, temos uma ação que previne o surgimento de transtornos mentais, sendo que ao acolher os sentimentos neste momento da vida e entender que nem toda gravidez é desejável, e percebendo que há presença de tristeza, decepção, raiva, entre outros sentimentos negativos, intervindo sem os valores morais e éticos, fará toda diferença à saúde mental desta mulher. Outro aspecto essencial está nas ações de pré-natal e puerpério (prática já institucionalizada e muitas vezes realizada de maneira mecânica e sem afetividade), pois há a necessidade de escutar as gestantes, puérperas e seus acompanhantes sobre as suas problemáticas reais, investigando as condições emocionais, familiares e sociais, além de avaliar sinais de sofrimento e transtornos mentais são relevantes na prevenção da saúde mental na APS.

A atenção pré-natal constitui-se em um espaço de construção singular, influenciada pelas relações familiares, sociais e sentimentos da gestante. O atendimento necessário deve ser sempre aquele voltado às necessidades da mulher, humanizado, qualificado, sendo indispensável a empatia com a equipe de saúde, o estabelecimento de vínculo, a valorização dos aspectos biopsicossociais e culturais da gestante. Através da prestação deste cuidado, a mulher participará ativamente do processo, evitando o surgimento de transtornos mentais (BARRETO *et al.*, 2015; VIEIRA, BOCK, ZOCHE e PESSOTA, 2011).

A saúde mental das crianças e adolescentes deve ser abordada na APS, sendo primordial o diagnóstico e acompanhamento dos problemas relacionados ao desenvolvimento psíquico; identificar e acompanhar os casos de violência doméstica e sexual; orientar aos adolescentes e seus familiares, nas atividades de rotina sobre o uso, uso abusivo e dependência de álcool, além de outras drogas, bem como aspectos do desenvolvimento da saúde mental na infância e adolescência, com foco na atenção na saúde mental.

A prevenção de transtornos mentais em crianças e adolescentes trata-se de um fator indispensável na APS, pois há dificuldades para identificação de transtornos mentais nestas fases do desenvolvimento, como apontam Delfini e colaboradores (2009). A observação do desenvolvimento das crianças e adolescentes durante as intervenções de rotina na APS, incluindo aspectos biopsicossociais, como comportamentos, sentimentos em diferentes contextos socioculturais e familiares, preveniria rótulos desnecessários.

O diagnóstico prevalente em crianças e adolescentes são os transtornos do comportamento, transtornos emocionais, transtornos do desenvolvimento psicológico,

sintomas de agressividade e agitação psicomotora (Ronchi e Avellar, 2010). Estas possibilidades de “diagnósticos” podem ser apenas sinais ou sintomas “normais” no desenvolvimento neuropsicomotor, e na tentativa de justificarem um sistema familiar “saudável”, identificam a criança ou o adolescente como um ser “doente”, para manutenção da homeostase da família.

Benetti *et al.* (2007), em revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais sobre adolescência e saúde mental, mostram que os estudos enfatizam os dados clínicos das patologias de depressão/suicídio, ansiedade, transtornos de conduta e delinquência, abuso de substâncias, violência e saúde mental. Há interesse nas investigações relacionadas aos quadros psicopatológicos e identificação dos problemas, porém menos produção para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção.

Santos (2006) ao descrever características e queixas comportamentais de crianças e adolescentes em um serviço público, constatou que as queixas evidenciadas foram: agressividade (32,6%), dificuldades de aprendizagem (30,2%) baixa tolerância à frustração e/ou dificuldade de controle de impulsos (24,8%) e desinteresse pela escola (19,4%). Diante desta situação apresentada, percebemos que a prevenção de queixas comportamentais na infância e adolescência poderá ser realizada nas ações existentes na APS, como nas consultas da equipe multiprofissional, nas visitas domiciliares, nas vacinas, entre outras, sendo fundamental para evitar o surgimento de diagnóstico de transtornos mentais.

A prevenção e promoção de saúde mental, relacionada às crianças e adolescentes, envolve o atendimento aos pais, através de orientações psicossociais, para educarem seus filhos com uma combinação equilibrada de liberdade e limites, afeto e disciplina, direitos e deveres. Nessas atividades preventivas, como grupo de família, seriam transmitidas informações sobre a importância do abraço, beijo, toque, elogio, palavras de estímulo, apontamento de comportamento inadequado e não do ser culpado/errado. Muitos jovens que usam álcool e drogas apresentam sentimento de tristeza, solidão, dificuldades para dormir e ideação suicida (VIEIRA, et al., 2008)

Ao lidarmos com os sofrimentos e transtornos mentais dos adultos, estamos apenas lidando com os traumas e cicatrizes vivenciadas na infância e adolescência. Ao identificarmos como indicadores de saúde mental na APS a identificação, o diagnóstico e orientações às crianças e adolescentes com história de violência doméstica e sexual, problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e sofrimento psíquico, automaticamente evitaremos transtornos mentais graves, violação de direitos, transtornos comportamentais, problemas de aprendizagem, ideação suicida.

Na referência à área **da atenção à população adulta**, as ações que abordam o alcoolismo e outras drogas, transtornos mentais e situações de violência tornam-se indicadores de qualidade de prevenção de saúde mental na APS, por isso, pensamos no sentido de evitar o surgimento de “fato” de transtornos mentais graves, incluindo a dependência de SPA.

Nacionalmente existem planos na área de álcool e outras, como o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras drogas (PEAD, 2009) e o Plano Crack (2010). Estes planos possuem como objetivos direcionar, sistematizar o atendimento e a reinserção social, assim como promover a capacitação dos profissionais que atuam nesta área.

A questão do uso problemático de álcool e outras drogas não se aplica apenas àquele que chega no serviço de saúde com hálito alcóolico, intoxicado ou em síndrome de abstinência. Muitas vezes esses sintomas não são evidentes, mas há a situação de beber excessivamente todos os dias ou episódios de intoxicação pelo álcool.

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008), em seus estudos de revisão bibliográfica, apontam alta taxa de prevalência de Transtornos Mentais Comuns nas unidades de APS e na comunidade, falta de capacitação adequada às equipes de saúde, ausência de políticas públicas e metodologias de cuidado destinados à saúde mental. Na APS muitos usuários apresentam queixas somáticas inespecíficas, como dores por toda parte do corpo, tremores, mal-estar, nervosismo, insônia. Estas queixas estão relacionadas com questões psicossociais, relações familiares, laborativas, sociais, econômicas e redes de apoio social.

Segundo a política nacional para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (2003, p.31), a “prevenção envolve um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias para redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção”. Estas ações preventivas são fundamentais para evitar os agravos decorrentes do uso indevido de SPA, e a crescente elevação dos custos decorrentes, direta ou indiretamente, de tal uso.

Ao abordarmos o álcool, outras drogas e os transtornos mentais, seja individualmente, nas relações familiares, em situação de dependência ou não, há presente o estigma, a exclusão, o preconceito, a discriminação, sendo os mesmos fatores dificultadores para efetivação destas ações na APS. Outro agravante são os problemas psicossociais, como fatores de risco ou vulnerabilidade para fugir destes problemas, e/ou como fonte de prazer de vida, o uso de álcool e outras drogas. Esse uso pode tornar-se dependência, aumentando a probabilidade do surgimento de transtornos mentais.

Para prevenção da Saúde Mental na APS, um fator essencial se encontra no rompimento de paradigmas e na percepção das reais necessidades das pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas, bem como transtorno mental, sendo um grande desafio para APS. É necessário reorganizar o processo de trabalho com ênfase nas tecnologias leves, como cuidado com escuta ampliada, acolhimento, usando o tempo já destinado às ações assistenciais, para olhar atentamente e compreender o contexto de inserção social, suas relações com o mundo e as condições de vida deste sujeito taxado como “pitizento”. Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008, p.286) referem que “ampliar a compreensão a respeito dos usuários do sistema de saúde, que demandam por atenção, sem portar, necessariamente, nenhuma doença enquadrada em manuais diagnósticos”, é pensar realmente em prevenção e nas ações que devem ser planejadas, de modo a reforçar os fatores de proteção da vida do usuário e diminuir os fatores de risco ao surgimento de aspectos prejudiciais à saúde mental.

Segundo Hirdes *et al.* (2015), as ações de prevenção na APS são limitadas e para qualificação destas abordagens no SUS é salutar investir na capacitação profissional; qualificar a articulação entre os CAPS e as equipes de ESF; desmistificar os transtornos mentais e o uso de SPA na comunidade; supervisionar e apoiar as equipes de profissionais generalistas da APS, mediante a estratégia do apoio matricial em saúde mental.

Outros fatores providenciais para propiciar avaliação da funcionalidade familiar e estresse do **cuidador**, como a investigação da rede de apoio social e o suporte informativo aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas, são fundamentais ao alcance da qualidade no desenvolvimento de ações de saúde mental na APS.

Em decorrência do **envelhecimento populacional** e, conseqüentemente, o surgimento de patologias que causam dependência de idosos, surge a necessidade da organização de serviços de atenção primária e domiciliar, para prevenir transtornos mentais, promover a saúde mental e a assistência ao idoso e cuidador. Nesta perspectiva há criação de serviços de atenção domiciliar, como uma modalidade de atenção à saúde. Os serviços domiciliares possibilitam o cuidado ampliado, na perspectiva de promoção de saúde mental e prevenção de sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais.

As pessoas “acamadas” exigem atenção contínua e especializada, assim a família e/ou cuidador dessas necessitam de assistência para conseguir condições na dispensação deste cuidado. Para assistência qualificada, tem-se necessidade da construção de um sistema de apoio e uma rede de suporte, sendo indispensável a promoção da saúde física e mental dos

membros da família, incluindo o cuidador formal ou informal, diminuindo os problemas emocionais.

A saúde mental das famílias, com idosos e/ou pessoas dependentes e/ou acamados, pode ser prejudicada, devido ao desgaste do cuidador, no processo de cuidar, por isso tem-se que analisar o funcionamento dessa família como estratégia de promoção e prevenção de saúde mental na APS. As UBSs e ESFs constituem espaços privilegiados de assistência, e os problemas que afetam a saúde mental do idoso e/ou acamado e sua família, merecem atenção da equipe de saúde (POZZOLI, 2012).

Ao estabelecermos como indicadores de saúde mental, na APS, no **cuidado às pessoas com sofrimento psíquico ou transtornos mentais**, a orientação aos familiares e/ou cuidadores, discussão desses casos com a equipe, para construção do PTS e visita domiciliar para avaliação de vulnerabilidade social, analisamos o quanto, ao realizarmos prevenção, evitaremos a presença de estigma associado às intervenções psiquiátricas.

O transtorno mental possui múltiplos determinantes, e o comportamento humano pode ser muito complexo, para ser compreendido a partir da distinção entre a presença ou ausência de doença. Assim, toda ação que previne transtorno mental causará reflexões, discussões e provavelmente mudança de comportamento. Precisamos buscar maneiras de prevenir a ocorrência de transtornos mentais, comportamentais e do desenvolvimento, pois os mesmos constituem problemas de saúde pública, sendo estes sujeitos normalmente rotulados como “poliqueixosos”, “pitiáticos” e “hiperutilizadores” do SUS, devido a frequentar os serviços de saúde em busca de soluções de problemas psicossociais e, que, geralmente, não são resolvidos devido ao modelo ser focalizado na atenção biomédica, e não “conseguir” um diagnóstico para o tratamento (MORIYAMA, MIGUEL e LECKMAN, 2011).

Os programas públicos de prevenção em saúde mental apresentam grande deficiência, apesar das garantias legais a tal tipo de atenção, assim os serviços da APS, que realizam essas atividades, são considerados qualificados nesta área. Com o intuito de evitar o surgimento de patologias, busca-se prevenir, desse modo a abordagem contempla os aspectos biológicos, familiares, sociais e econômicos, antes que as mesmas aconteçam. Em muitos casos a situação poderá se agravar quando há comorbidades, sendo essencial a observação dos profissionais de saúde para realização de ações preventivas, lembrando que a prevenção faz parte dos cuidados em saúde mental que devem ser disponibilizados à população (CORDEIRO, 2010).

Identificamos como indicadores de saúde mental, na APS, ações com foco na orientação para os cuidadores de **pessoas com deficiências**; vigilância e atenção em casos de violência e ao uso de álcool e outras drogas. Orientando os cuidadores, prevenimos o

surgimento de doenças às pessoas com deficiências, e a preservação da saúde mental deste cuidador para não ocorrer situações de violência, negligência, etc.

O CIF – Código Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, considerado como um avanço na área da saúde pública, foca no conceito da autonomia, levando em consideração a maneira como as pessoas convivem com seus problemas de saúde, bem como possibilidades de melhorar as condições de vida destas pessoas.

Há dificuldades em se conseguir concretizar os princípios das políticas de saúde voltadas as pessoas com deficiências, podemos notar a falta de serviços relacionados à prevenção de doenças, promoção de saúde para essa população em específico. (BERNARDES et al., 2009; CASTRO *et al.*, 2011; INTERDONATO e GREGUOL, 2012).

Othero e Ayres (2012) descrevem que as necessidades de saúde da pessoa com deficiência envolvem acesso, apoio psicossocial, orientações e intervenções sobre aspectos gerais de saúde, proporcionar autonomia e independência, dispensação de equipamentos e dispositivos de tecnologia assistida, informação e orientação, prevenção e diagnóstico precoces, reconhecimento e garantia de direitos, reencontro com atividades significativas, validação e ajuda na construção de estratégias próprias de enfrentamento e vínculo com profissional de saúde. Diante destas necessidades de saúde, considera-se essencial a concretização de ações preventivas e de promoção de saúde destinadas às pessoas com deficiências.

Nos serviços que realizam práticas preventivas, os que mais se destacam são os hábitos nutricionais corretos, de modo a prevenir futuras patologias; questões da obesidade e as condições secundárias referentes às pessoas com deficiências motora e intelectual (BARRETOS *et al.*, 2009; RIMMER, ROWLOAND e YAMAKI, 2007). Percebe-se que questões relacionadas à saúde mental não são abordadas às pessoas com deficiências, assim serviços que fazem ações nesta área, desenvolvem práticas qualificadas e preconizadas pelo SUS.

Na realização de ações focadas na prevenção da saúde mental, na APS, **os agentes comunitários de saúde – ACS** são atores fundamentais na identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social, violência intradomiciliar, uso de álcool e outras drogas, além de identificação e orientação de usuários acamados. Estes são elencados como indicadores de qualidade de saúde mental na APS, pois o ACS se trata de um profissional que exerce o papel de elo e mediação entre o serviço de saúde e a comunidade, e que nas suas atividades diárias conhece a realidade e realiza ações de promoção de saúde e

prevenção de doenças, com capacidade de poder dispor um olhar abrangente à saúde mental contribuindo decisivamente na efetivação da saúde mental na APS.

Waidman, Costa e Paiano (2012) mostram que os ACS são importantes facilitadores no cuidado à saúde mental, por compartilharem do mesmo contexto social e conhecerem de perto a dinâmica da comunidade. Apesar de reconhecerem a sua importância neste contexto, há preconceito relacionado ao transtorno mental e os mesmos não se sentem capacitados para prestar assistência adequada.

As intervenções na área da saúde mental, historicamente estão sendo revistas e realizadas de maneira mais abrangente nos últimos anos, contudo as percepções dos ACS ainda se apoiam no imaginário popular da “loucura” e do “drogado”, e o conceito amplo de saúde mental tem sido pouco compreendido pela categoria. O conhecimento do ACS baseia-se no consenso coletivo, muitas vezes precariamente e insuficiente frente à demanda de saúde mental, acarretando pela busca da capacitação permanente desses profissionais (HARADA e SOARES, 2010; CABRAL e ALBUQUERQUE, 2015).

Ao apontarmos como indicadores de qualidade de saúde mental na APS **estratégias de formação ou educação permanente** que abordem questões de transtornos mentais, uso, uso abusivo de álcool, outras drogas e violência, constatamos o quanto a importância do conhecimento à equipe da APS, para qualificação da prática profissional. Na atenção da Saúde Mental há a necessidade da criação e do fortalecimento de espaços de Educação Permanente, tais como capacitações e trocas entre os profissionais das equipes de APS para designação de casos, construção de projetos terapêuticos singulares e de propostas de cuidado em saúde mental, ampliadas para além da medicação e da internação (MINOZZO *et al.*, 2012).

A formação ou educação permanente precisa construir maneiras de aprender novas formas de cuidados às pessoas com transtornos mentais, uso abusivo de álcool e outras drogas, com visão antimanicomial e de desinstitucionalização, e para isso, se faz necessário a implementação de ações com foco no desenvolvimento de “processos de comunicação que visem ampliar a legibilidade profissional”, superação de ações tradicionais, manutenção de “questionamento permanente com relação ao risco de psiquiatrização do cuidado”, superação de concepções culpabilizantes nas famílias dos sujeitos e ***investimento em estratégias de formação ou educação permanente às equipes de atenção básica para as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental*** (DALLA VECCHIA e MARTINS, 2009, p.151).

Ao incluir as estratégias de formação ou educação permanente que abordam questões de transtornos mentais, violência e o uso abusivo de álcool e outras drogas no domínio de

prevenção, analisamos o princípio dos temas acima estarem diretamente interligados com doenças e seus agravos, assim adotamos o conceito de Czeresine (2003), com a visão de que ações preventivas são orientadas para evitar o surgimento de doenças. A efetivação de ações de promoção, prevenção, assistência e trabalho intersetorial/rede em saúde mental depende de investimentos na formação das equipes de atenção básica, assim, torna-se indispensável a existência de investimentos financeiros e políticos nesta área.

A Educação Permanente, ao abordar questões de álcool e outras drogas, traz consigo sentimentos de preconceitos inseridos no “inconsciente coletivo”, que dificultam o atendimento humanizado e qualificado, desta forma a capacitação da equipe desperta novas possibilidades para o cuidado na APS, transforma a imagem de preconceito, desenvolve capacidades pedagógicas e efetiva na prática a política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas (SANTOS e FERLA, 2017).

A Coordenação Geral de Saúde Mental e o Ministério da Saúde vem sugerindo a formação de equipes de saúde mental e da atenção básica, como prioridade na pauta de políticas públicas nesta área, tendo em vista que não há possibilidades de avançarmos na qualificação das ações de saúde mental na APS, sem articulação de conhecimentos específicos da saúde mental e da atenção básica (BRASIL, 2007 e 2003).

Os processos de formação em saúde mental não apresentam resultados quando pontuais e pouco abrangentes (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007). É complexa a realização de formação básica e continuada em saúde mental, pois compete às gestões municipais estruturarem tais programas, sendo relevante a existência de atividades diversificadas como: terapia comunitária, visitas domiciliares, levantamento de casos, oficinas de sensibilização, atividades temáticas ou modulares de ensino, supervisão externa, apoio técnico com matriciamento etc., durante a construção efetiva destas estratégias de formação ou educação permanente (MARTINS, 2008; BANDEIRA, FREITAS e CARVALHO FILHO, 2007; SOUZA *et al.*, 2007; DALLA VECCHIA, 2006; DALLA VECCHIA e MARTINS, 2009; SOUZA, 2004).

Ao apontar como indicadores de qualidade na APS, no **Domínio da Assistência à Saúde Mental na APS**, a realização de procedimentos em caso de detecção da violência contra a mulher, contra crianças, adolescentes e idosos; atendimento e acompanhamento interdisciplinar com profissionais da UBS; atendimento e acompanhamento dos pais; acompanhamento em grupo e/ou acompanhamento individual conforme protocolo, percebe-se a importância da efetivação do atendimento através de abordagem interdisciplinar e intersetorial.

Quadro 10 – Relação dos indicadores do Domínio 3 “Assistência à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”.

Domínio 3	Indicadores
Assistência à Saúde Mental na APS.	1- Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual no atendimento à saúde da mulher. 2- Realização de grupos educativos para gestantes adolescentes. 3- Acompanhamento interdisciplinar em caso de detecção de violência contra a mulher na unidade. 4- Acompanhamento em grupo dos casos de violência contra a mulher. 5- Acompanhamento individual das mulheres violentadas conforme protocolo. 6- Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos. 7- Atendimento e acompanhamento dos pais em caso de detecção de violência contra crianças e adolescentes. 8- Atendimento interdisciplinar nos casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes. 9- Atenção domiciliar aos idosos. 10- Identificação e orientação aos cuidadores de idosos. 11- Atendimento e acompanhamento dos cuidadores em caso de detecção de violência contra os idosos. 12- Atendimento interdisciplinar nos casos de detecção de violência contra idosos. 13- Grupo de apoio aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas. 14- Realização de intervenção breve em casos de alcoolismo. 15- Grupo de apoio aos alcoolistas. 16- Grupo de apoio aos familiares de alcoolistas. 17- Realização de Intervenção Breve em casos de uso abusivo de outras drogas. 18- Grupo de apoio ao usuário/dependente de drogas. 19- Grupo de apoio aos familiares de usuário/dependente de drogas. 20- Visita domiciliar periódica às pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais para avaliação clínica. 21- Grupos terapêuticos e de vivência às pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais. 22- Detecção de queixas às pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço. 23- Controle do uso continuado de benzodiazepínicos pelo médico que reavalia os casos periodicamente, a partir de registro em livro ou informatizado. 24- Controle do uso continuado de benzodiazepínicos através de revisões periódicas em equipe, com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento. 25- Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de assistência às pessoas com deficiências. 26- Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional às pessoas com deficiências.
TOTAL	26 Indicadores

FONTE: QualiAB 2014, Categorização do Domínio 2 com os indicadores de Qualidade.

Na área da saúde já é estabelecida a proposta de trabalho em equipe, como estratégia para enfrentamento da fragmentação e especialização, buscando através das intervenções e reuniões da mesma, a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001; MARTINS *et al.*; 2012).

Ao apontar como indicadores de qualidade na APS, no Domínio da Assistência à Saúde Mental na APS, a realização de procedimentos em caso de detecção da violência contra a mulher, contra crianças, adolescentes e idosos; atendimento e acompanhamento

interdisciplinar com profissionais da UBS; atendimento e acompanhamento dos pais; acompanhamento em grupo e/ou acompanhamento individual conforme protocolo, percebe-se a importância da efetivação do atendimento através de abordagem interdisciplinar e intersetorial.

Veem a **violência** como um tema genérico e transversal, sendo as crianças, mulheres e idosos as pessoas mais vulneráveis em questões relacionadas às diversificadas formas de como ela manifesta-se. Porém, os episódios são repetitivos e normalmente se agravam, assim são necessários os serviços de atenção primária observarem, perceberem comportamentos e sintomas diferentes da rotina, lembrando que os atos violentos muitas vezes são “camuflados” por patologias diversificadas, como possibilidade de acobertá-los. Os serviços básicos de saúde conseguem detectar esses problemas, por terem grande cobertura e contato com a população.

Schraiber *et al.*, (2002, p. 470) em seu estudo realizado no Município de São Paulo, entre usuárias de uma unidade básica de saúde, durante dois meses, em 1998, sendo entrevistadas 322 mulheres, perceberam a realidade dos episódios frequentes de violência física na vida adulta (143), em muitos casos (110), tal ato parte de companheiros ou familiares, (37) mulheres relataram a ocorrência de pelo menos um episódio de violência sexual na vida adulta; em (23) casos, os autores da ação eram companheiros ou familiares. A violência física e sexual teve alta magnitude entre as usuárias dos serviços básicos de saúde. Os companheiros e familiares são os principais agressores, e os casos configuram-se, em sua maioria, severos e repetitivos.

É necessária a desburocratização do processo, deslocando a centralidade das fichas de encaminhamento e referência/contrarreferência para ações voltadas às necessidades da mulher, criança e adolescente vítimas de violência. Para esse tipo de assistência teve a necessidade da construção do “Projeto Terapêutico Singular - PTS”, sendo esse componente integrado à proposta de acolhimento, que é definido como o tratar de toda a demanda continuamente, através da interação entre usuários/as e serviços, nas várias oportunidades em que houver possibilidade de escuta/diálogo e busca ativa do problema (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2006; TEIXEIRA, 2003; MERHY, 2002).

Na assistência à saúde mental, o **trabalho em grupo** pode ser um dos indicadores de qualidade relevante, pois através de encontros, rodas de conversa entre as pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais ou em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas, há a possibilidade da construção de espaço de vivências e trocas de experiências essenciais para uma saúde mental saudável.

O grupo de saúde mental deve ser compreendido como um dispositivo desinstitucionalizante e espaço de cuidado psicossocial. Quando os atendimentos na APS utilizam de espaço coletivo, como grupo de apoio ou terapêutico, automaticamente aciona-se a rede de saúde, os recursos do território, a ampliação dos laços sociais e permite aos participantes perceberem-se sujeitos protagonistas de suas vidas. A utilização de grupos configura-se em uma estratégia para promoção de modos de atenção psicossocial, mas devido à formação de alguns profissionais, há coexistência dos modos de atenção asilar nas práticas dos mesmos. A educação permanente e as trocas multiprofissionais são consideradas como estratégias para o fortalecimento da atenção psicossocial. (MINOZZO, et al., 2012).

Os participantes dos grupos de saúde mental ampliam o relacionamento com os recursos do território em que vivem e expandem sentimentos de segurança, autonomia, novos vínculos, novos espaços sociais e maneiras diferentes de lidar com questões estigmatizantes como a “loucura” e a “dependência de drogas”. Os grupos são espaços coletivos que auxiliam o usuário na responsabilização pelo tratamento, na minimização e extinção dos sintomas e pela sua própria vida. Promovem possibilidades para o controle das emoções, reflexão sobre a singularidade e subjetividade diante da experiência vivida.

Nesses grupos o modo de atenção predominante é o cuidado psicossocial. De acordo com Costa Rosa (2000), há dois modos de cuidado diferentes em saúde mental, sendo o modo asilar e o modo psicossocial. O cuidado dispensado no modo asilar centra-se nos aspectos biológicos, no diagnóstico e no medicamento. O modo de cuidado psicossocial considera os fatores políticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais como determinantes do adoecimento/sofrimento psíquico/transtornos mentais. O grupo busca a reintegração sociocultural, com ênfase na reinserção familiar e social.

O grupo proporciona compreensão mais aprofundada sobre a história de vida dos usuários do SUS e, conseqüentemente, a construção de novas práticas de saúde, como o projeto terapêutico singular – PTS, considerado como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão, da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido.

Na prática da APS não é necessário a elaboração de PTS para todos os usuários, mas trata-se de um instrumento importante no atendimento de população vulnerável, como no caso de violência contra mulher, crianças, adolescentes, pessoas com deficiências, idosos; atendimento de pessoas dependentes ou com história de uso abusivo de álcool e outras drogas;

atendimento à pessoa com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, entre outras situações de vulnerabilidade social e familiar (BRASIL, 2013b)

Cada ser humano, por ser único, apresenta necessidades diferentes com intervenções na lógica intersetorial, mas isso não significa que o usuário será dependente da UBS. Ao contrário, o PTS possibilita a ele e à família uma equipe de profissionais da APS, e se necessário o CRAS, Educação, para que participem da construção de seu PTS, denominado pela autora como “Projeto de Vida”.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações, com a horizontalização dos conhecimentos e poderes. A efetivação do PTS requer a articulação da equipe e dos setores na lógica de saúde mental, que possibilita a autonomia e a emancipação dos sujeitos atendidos na APS, devido problemas psicossociais diversificados (BRASIL, 2007 e 2013b; OLIVEIRA, 2008; MÂNGIA e BARROS, 2009).

Outros aspectos considerados como indicadores de qualidade de saúde mental, na APS, na área assistencial, são a realização de **intervenção breve – IB**, em casos de alcoolismo e uso abusivo de outras drogas; **grupo de apoio** em casos de alcoolistas, usuário ou dependentes de drogas e **grupo aos familiares** de alcoolistas e usuários/dependentes de outras drogas.

O uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas é considerado um grave problema no âmbito da saúde pública brasileira e mundial, que causa prejuízos físicos, mentais e sociais, além de preconceitos e estigmas sociais. Quando os usuários do SUS são atendidos na APS, há necessidade de um “olhar” que inclua estas questões, evitando o encaminhamento a serviços especializados, da qual muitas vezes o dependente de álcool e outras drogas não chegará. Nesta intervenção podemos evitar que o uso de álcool e outras drogas provoque danos à saúde do paciente com detecção precoce do uso abusivo destas SPA.

O uso problemático do álcool foi elencado pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde a ser priorizado pela ESF - Estratégia de Saúde da Família e a IB – intervenção breve uma alternativa de técnica a ser usada pela equipe de profissionais de saúde, como estratégias de diagnóstico e intervenções (MINTO, et al., 2007).

A APS, representada no momento pela ESF, na sua maioria, apresenta dificuldades no atendimento dos dependentes de álcool e outras drogas, e os usuários, quando atendidos, recebem, prioritariamente, tratamento medicamentoso para contenção dos sintomas com ações

centralizadas no indivíduo e na superação dos agravos à saúde. As equipes da ESF enfrentam dificuldades para o atendimento desses usuários, seja pela falta de capacitação, infraestrutura inadequada e/ou pela ausência da política municipal de saúde mental (SCHNEIDER e LIMA, 2011).

A realização de assistência individual e/ou grupal aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas, e aos respectivos familiares, configura-se em uma necessidade apresentada no cotidiano dos profissionais da APS e estabelecida junto as diretrizes políticas do SUS. Paula, *et al.* (2014) demonstram que as ações dos profissionais devem incluir escuta, acolhimento das demandas das famílias, aconselhamento, visitas domiciliares e atenção às questões sociais. Para o cumprimento destas ações, o serviço da APS deverá receber suporte de uma equipe especializada para discussão dos casos e encaminhamentos necessários.

As intervenções assistenciais na área da saúde mental, tem que contemplar o atendimento grupal aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, nomeado na APS como grupo de apoio ou de vivências, na qual, em sua maioria, buscam o acompanhamento do paciente e de sua família. Estas ações constituem práticas terapêuticas, possibilidade de criação de vínculos entre participantes e profissionais de saúde auxiliando no processo de tratamento e na busca pela ressocialização da pessoa em sofrimento psíquico, transtornos mentais e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Além dos grupos, outro fator importante encontra-se na detecção de queixas precocemente e se necessário, dependendo da gravidade, o encaminhamento para diagnóstico e o seguimento por outro serviço especializado. (SOUZA *et al.*; 2004).

A capacitação dos profissionais, incluindo os agentes comunitário, objetivando o rompimento de paradigmas, torna-se crucial para reorganização da assistência da saúde mental na APS. Cardoso *et al.* (2014) evidenciam que o acolhimento promovido pelos agentes comunitários de saúde e a territorialização propiciam o vínculo. O preconceito dos profissionais da área e da sociedade, frente ao uso de drogas, é um fator que favorece a continuidade da adicção, sendo configurado como fator de risco à influência do contexto social e como fator de proteção ao fortalecimento de redes sociais saudáveis.

O acolhimento de usuários de drogas na APS pode ser dificultado por fatores como sentimentos e características pessoais dos trabalhadores, falta de capacitação, lógica do encaminhamento para evitar a responsabilização pelo cuidado, predomínio do modelo biomédico, vínculo e corresponsabilização incipientes nas práticas, dificuldade da realização do cuidado integral através da clínica ampliada e o acolhimento apoiado somente nas queixas físicas (RIGOTTI *et al.*; 2016).

Diante destes apontamentos é a APS/ESF o local ideal para compreender os vários fatores envolvidos, como o uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas, pois esses serviços estão próximos da realidade de vida destes pacientes e há maior possibilidade de vinculação terapêutica ser eficiente.

Com relação a assistência na área da saúde mental na APS, elencamos como indicadores de qualidade da saúde mental a **visita domiciliar – VD** às pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais e/ou deficiências.

No Manual de Assistência Domiciliar na APS (2003), a visita domiciliar pode ser definida como um instrumento de realização da assistência domiciliar. Constitui-se pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde. As alterações no estado de saúde podem ser biológicas, psicológica/emocionais e sociais, assim questões relacionadas à saúde mental são contempladas na indicação da realização da VD, pois a mesma subsidiará a intervenção no processo de saúde-doença e não apenas nos sinais e sintomas, bem como auxiliará no planejamento de ações visando a promoção da saúde (TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

A VD possibilita conhecer a realidade do usuário do SUS e sua família, favorecendo um olhar ampliado no processo de compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos. Durante a VD há estabelecimento de vínculos entre usuários, famílias e trabalhadores.

Apesar das ações de saúde mental, no contexto da APS, estarem incluídas nas legislações da política de saúde, não há uniformidade em sua execução e ficam na dependência subjetiva do profissional ou da decisão política do gestor local. As atividades descritas pelos profissionais da APS/Equipes de Saúde da Família, como rotina de trabalho, são: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares; acolhimento e construção de vínculo; oficinas terapêuticas e encaminhamento (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011).

A detecção de queixas relacionadas à saúde mental, à assistência no próprio território e ao encaminhamento para outros setores, são indispensáveis para concretização de uma prática integral baseada na clínica ampliada, acolhimento e escuta qualificada. O atendimento na saúde mental, à nível primário da atenção básica, só será concretizado a partir do momento que os profissionais de saúde estejam preparados a ouvir e reconhecer que a demanda em saúde mental vai além da doença/transtorno mental instalado. Durante o atendimento requer-se do profissional de saúde um pensar e um agir pautado na atenção psicossocial e na

comunicação efetiva entre a equipe de saúde da APS e os serviços de saúde mental (MOLINER e LOPES, 2013).

A saúde mental na APS foi se responsabilizando pelo atendimento dos transtornos mentais leves e os transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no entanto, atualmente há presente no cotidiano destes serviços da atenção básica o sofrimento psíquico subjetivo relacionado a outros problemas de saúde, ou de adoecimento relacionados a situações socioeconômicas e de desigualdade, entre outros, como fatores resultantes de sofrimento (MARÇAL, 2007). Diante desta colocação torna-se impossível a APS não abordar questões relacionadas à saúde mental, pois todo ser humano traz em sua composição o aspecto biológico, psicológico, social e espiritual, e quando realizada qualquer ação programática em saúde, estaremos abordando aspectos direto ou indiretamente relacionados com a saúde mental.

Após a reforma psiquiátrica, os atendimentos às **pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais** buscam a realização do tratamento junto com os familiares e no meio social em que vivem. Assim, a família e o usuário, portador de transtorno mental, precisam de acompanhamento, entendimento e suporte para realizar o cuidado. A família sempre será considerada uma aliada nos cuidados, instrumento de base comunitária, sendo muito difícil trabalhar com essa demanda sem o apoio dos familiares, no entanto, há muitas dificuldades para o envolvimento dos mesmos no processo do cuidado (COLVERO, IDE e ROLIM, 2004; RIBEIRO, RIBEIRO e OLIVEIRA, 2008).

O cuidador trata-se da pessoa, membro ou não da família, que se dispõe a cuidar de alguém doente ou dependente nas atividades diárias ou atividades da vida prática, com ou sem remuneração. Ele auxilia na alimentação, higiene pessoal, administração de medicamentos, acompanhamento aos serviços de saúde, ao supermercado, aos passeios etc. (BRASIL, 1999).

O cuidado pode ser promovido pela família, cuidadores formais, profissionais da saúde e instituições. Ele precisa ter visibilidade nos serviços de APS, evitando problemas relacionados à sua saúde mental e da pessoa cuidada. Na maioria das vezes os cuidadores formais ou informais estão relacionados a pessoas acamadas, deficientes, idosas, assim selecionamos como indicador de qualidade de saúde mental na APS o grupo de apoio aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas; identificação e orientação aos cuidadores de idosos; atendimento e acompanhamento dos cuidadores em caso de detecção de violência contra os idosos.

A família somente deixa de cuidar de seu ente quando não consegue disponibilizar um cuidador familiar ou quando há dependência e necessidade de cuidados especializados, como

da área da enfermagem. Nesse processo de decisão pela institucionalização ou não, há muitos conflitos, podendo afetar a saúde mental das famílias. A institucionalização está frequentemente associada ao abandono, desprezo, confinamento, falta de amor, ingratidão, desrespeito e exclusão social, estes aspectos desestabilizam psiquicamente os envolvidos no cuidado (NASCIMENTO, *et al.*; 2008).

A pessoa que necessita de cuidado, estando consciente, normalmente apresenta sentimento de culpa, preocupação excessiva de estar incomodando; e do outro lado o cuidador com sentimento de cansaço, tristeza, choro, angústia e desespero por sentir-se sem liberdade para viver sua própria vida, devido à necessidade de dedicação exclusiva. Estes cuidadores muitas vezes não recebem ajuda e respaldo necessários, sentindo isolamento social, desprovidos de atenção, dificuldade em aceitar o seu papel, altos níveis de sobrecarga, sentimento de culpa e sintomas depressivos (MAZZA e LEFÊVRE, 2005; ANDRADE, 2009; CARDOSO, *et al.*, 2012; SOUZA, *et al.*; 2015).

É imprescindível, no âmbito da saúde pública, na APS, resgatar a atenção aos cuidadores, compreendendo as dificuldades físicas, emocionais e sociais envolvidas no ato de cuidar. Com essas ações pode-se proporcionar maior qualidade de vida e menor sobrecarga aos cuidadores e às pessoas que recebem o cuidado, e consequentemente uma adequada saúde mental de ambos.

Outro indicador de qualidade de saúde mental na APS é o **controle do uso continuado de benzodiazepínicos** pelo médico ou através de revisões periódicas em equipe, com a finalidade de redução e/ou de substituição do medicamento. Muitos usuários de benzodiazepínicos tornam-se dependentes dos mesmos sem investigarem o “como” surgiram os sintomas de ansiedade, insônia, angústia, entre outros, e diante da primeira queixa a solução apresentada é a prescrição de psicotrópicos.

Silva, *et al.* (2015, p. 1393) em estudo transversal, apontaram que a maior parte dos usuários de benzodiazepínicos, na caracterização das condições de saúde, relatam possuir algum tipo de doença. O Clonazepam foi o benzodiazepínico mais utilizado de maneira continuada, o que caracterizou uso indevido. O principal motivo de uso foi insônia, seguido por motivo de ansiedade. O perfil encontrado indica a necessidade de possibilitar mudanças nas condutas de prescrição, dispensação e utilização de benzodiazepínicos nas unidades de APS.

O **Domínio do Trabalho em Rede** constitui-se em um sinônimo de intersectorialidade e integralidade. A saúde mental na APS é pautada na unidade de saúde ter acesso a uma rede de serviços composta por NASF; CRAS; CREAS; CAPS; Equipes Multiprofissionais de

apoio e supervisão; serviços de atenção ao idoso, criança, adolescente e mulher; ambulatorios de especialidades; CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; ONG/OS e ações comunitárias ligadas a igrejas.

A efetivação da Rede nas questões de saúde mental ocorre a partir da articulação entre os setores envolvidos, na qual incita as parcerias para construção de ações com responsabilização terapêutica, estabelecidas nas discussões de caso.

Quadro 11 – Relação dos indicadores do Domínio 4 “Trabalho em Rede - Intersetorialidade em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”.

Domínio 4	Indicadores
Trabalho em Rede - Intersetorialidade	1- Apoio Matricial por meio de NASF. 2- Apoio Matricial por meio de Equipe Multiprofissional. 3- CRAS como rede de Serviços Municipais ou Regionais. 4- CREAS como rede de Serviços Municipais ou Regionais. 5- CAPS como rede de Serviços Municipais ou Regionais. 6- Serviços de atenção ao idoso. 7- Serviços de atenção à criança. 8- Serviços de atenção à mulher. 9- Ambulatórios de especialidades. 10- AME 11- Centro de Referência à Saúde do Trabalhador. 12- ONG 13- Ações comunitárias ligadas a igrejas. 14- Ações Educativas na comunidade com atividades periódicas realizadas em instituições locais. 15- Ações Educativas na comunidade, com atividades articuladas com outras secretarias do município. 16- Acompanhamento intersetorial em caso de detecção da violência contra crianças e adolescentes. 17- Apoio a idosos em Instituições de Longa Permanência. 18- Acompanhamento intersetorial em caso de detecção de violências contra idosos. 19- Discussão com a rede sobre o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições. 20- Grupos de autoajuda (ex.: A.A, N.A, ...) como apoio à Saúde Mental na APS. 21- Grupos de Igreja como apoio à Saúde Mental na APS. 22- Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica, como apoio à Saúde Mental. 23- Ambulatório especializado como apoio à Saúde na APS. 24- CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas, como apoio à Saúde Mental. 25- CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil como apoio à APS. 26- CAPS - Centro de Atenção Psicossocial como apoio à APS. 27- SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos como apoio à Saúde Mental. 28- Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral. 29- Serviço Hospitalar de Referência à Saúde Mental. 30- Discussão de caso de alcoolismo com equipe de apoio e/ou serviços da rede. 31- Discussão de caso de uso abusivo/dependência de outras drogas, com equipe de apoio e/ou serviços da rede. 32- Encaminhamento de pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade. 33- Articulação com rede de saúde e instituições na atenção às pessoas com deficiências – PCD.
TOTAL	33 Indicadores

FONTE: QualiAB 2014, Categorização do Domínio 4 com os indicadores de Qualidade.

Ao abordar como indicador de qualidade para saúde mental na APS, a unidade de saúde precisa ter acesso a rede de serviços, para isso é necessária a existência de **Rede**, levando em consideração as **equipes** e os **serviços**. A “Rede de Equipe” deve ser considerada uma possibilidade de troca de saberes e conhecimentos entre a equipe de profissionais que atuam na APS e a “Rede de Serviços”, consiste no conjunto de serviço em saúde mental e espaços comunitários que podem ser acessados pelos usuários para ampliação de sua saúde (MINOZZO, *et al.*, p.334, 2012).

Varella, *et al.* (2016) mostram que os serviços da APS articulam com outros serviços da Rede de Saúde para prestar assistência ao usuário de álcool, crack e outras drogas, através de encaminhamento a um serviço de saúde mental (48,8%); apoio matricial (26,8%) e assistência hospitalar (12,2%). A comunicação entre as equipes articuladas e o desempenho da responsabilização compartilhada pelo usuário e sua família, são consideradas razoáveis.

Existem inúmeras dificuldades para articulação entre os próprios serviços da rede de saúde, como serviços da APS e serviços especializados na área da saúde mental e outros serviços como CEREST, AME, NASF etc. Aos demais setores envolvendo outras políticas sociais como CRAS, CREAS, Educação, ações comunitárias ligadas a igrejas é mais difícil e complexo o acesso.

Ao evidenciar a rede intersetorial e a integralidade como indicador de qualidade de saúde mental na APS, ficam explícitas práticas assistenciais norteadas pela concepção de saúde mental como doença/transtorno mental com poucas práticas de caráter promocional e preventivo. A rede será implantada efetivamente com práticas construídas com os princípios da integralidade, intersetorialidade e cuidado com visão de clínica ampliada e para isso se faz necessário equipes de APS dispostas a assumir seu papel estruturante na rede de cuidados, construindo novas concepções e práticas pautadas nas necessidades e subjetividades dos usuários, na construção de vínculo, acolhimento, escuta do sujeito e de integralidade (MOLINER e LOPES, 2013; SILVEIRA e VIEIRA, 2009).

Segundo a Política Nacional de Promoção de Saúde (2010, p. 13) a **intersetorialidade** pode ser compreendida “como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de se co-responsabilizar pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de se mobilizar na formulação de intervenções que a propiciem”.

Ações intersetoriais em rede são construídas através da troca de saberes e práticas entre os diversos setores envolvidos, com objetivo de elaborar soluções criativas, inovadoras e ousadas para melhorar a qualidade de vida dos usuários. Serão concretizadas ações

intersetoriais a partir do momento que cada setor busque ampliar a sua capacidade de analisar, compreender seus pontos fortes e fracos, e transformar o seu modo de realizar sua prática no cotidiano.

A articulação intersetorial é essencial para o rompimento da lógica manicomial e da psiquiatrização dos sintomas com a visão biomédica e hospitalocêntrica. Nesta articulação o processo saúde e doença/adoecimento e seus múltiplos fatores ficam mais visíveis, auxiliando na construção de ações que atendam às necessidades de saúde da população.

Ao realizarmos atendimentos na área da saúde mental, no nível primário de atenção com visão de **rede**, há o rompimento de paradigmas da “loucura”, “drogadição”, sofrimento psíquico como sendo “frescura de gente que não tem o que fazer”, transtornos mentais como sinônimo de “pessoas perigosas, agressivas e violentas” e sob responsabilidade exclusiva de serviços especializados. A APS possibilita um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços especializados quando necessário, pois por meio da proximidade com a comunidade e com os profissionais de saúde, estes se deparam com os problemas do sofrimento psíquico, sentimentos negativos, transtornos mentais e com as dificuldades de vida dos sujeitos e da comunidade cotidianamente (DELFINI e REIS, 2012).

A desarticulação dos serviços de saúde mental e o acesso aos serviços pelos usuários vem sendo um fator limitante à composição da rede de atenção. Os serviços da APS apresentam barreiras para o acesso pela dificuldade de acolhimento, reprodução do modelo hegemônico que prioriza o encaminhamento aos serviços especializados. O apoio matricial faz-se necessário em saúde mental, devido a insuficiente qualificação para o trabalho em rede. A composição de uma rede em saúde mental só será viabilizada com a reorganização estrutural dos serviços da APS (CORTES, *et al.*; 2014).

Diante deste contexto, fica clara a necessidade da reorganização do trabalho na APS, para propiciar a incorporação de tecnologias de intervenções mais apropriadas, como acolhimento e escuta qualificada. Estas tecnologias ocasionariam a incorporação dos aspectos psicossociais na prática diária da APS, e possibilitariam a ampliação do conceito saúde-doença, entendendo os determinantes sociais e psicológicos no processo do adoecimento e possibilitando reflexões entre os setores para efetivação real do trabalho em rede e intersetorial (TANAKA e RIBEIRO, 2009).

Ao abordarmos o Trabalho em Rede e a Intersetorialidade, estabelecemos como indicadores de qualidade de saúde mental, na APS, atividades periódicas em instituições locais; atividades articuladas com outras secretarias do município; proposta de acompanhamento intersetorial em caso de detecção de violência contra crianças, adolescentes

e idosos; articulação com a rede de saúde e instituições na atenção às pessoas com deficiência. A visão intersetorial é intrínseca aos atendimentos na APS, mas a efetividade é fundamental em casos complexos como a violência e a atenção às pessoas com deficiências. Essas ações intersetoriais podem evitar agravos relacionados ao adoecimento mental.

Outros indicadores no aspecto de rede e intersetorialidade são as discussões de casos de pessoas acamadas no domicílio ou instituições, casos de alcoolismo, casos de uso abusivo de outras drogas, casos de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais. Nas discussões de casos é possível a participação de profissionais de outras áreas, sendo essencial na construção do PTS das pessoas com problemas relacionados à saúde mental e na compreensão e atendimento das necessidades individuais e familiares de cada caso específico.

Notamos que os serviços responsáveis por essas ações estão na construção do legalmente preconizado e idealizado, “nas práticas do que se deve fazer”, pois nas ações de saúde mental na atenção primária predomina o modelo biomédico de organização da atenção à saúde, a psiquiatrização do cuidado em saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e a priorização das ações intramuros realizadas no próprio serviço, para o cumprimento de protocolos (SILVEIRA e VIEIRA, 2009).

Ao abordar questões relacionadas à saúde mental, na APS, é intrínseca a efetivação de ações intersetoriais, sendo o ***apoio matricial*** uma das principais estratégias utilizadas pelo **NASF** – Núcleos de Apoio à Saúde da Família para organizar o desenvolvimento do trabalho junto as equipes de saúde da família.

O NASF traz uma estratégia que visa contribuir para a melhoria da resolutividade dos casos atendidos pela atenção primária, qualificando as ações e **fortalecendo a rede** de cuidados em saúde. A implantação do NASF busca a concretização do cuidado integral à população e a diminuição dos encaminhamentos aos outros níveis de atenção. Os profissionais inseridos no NASF procuram conhecer e articular os serviços de saúde e sociais existentes no território; conhecer a realidade socioeconômica e epidemiológica das famílias residentes na área adstrita; identificar o público prioritário para o desenvolvimento das ações e o tipo de abordagem a ser adotada; atuar na prevenção e na promoção da saúde por meio de ações educativas; promover ações interdisciplinares com as equipes de SF, a partir de discussões de caso realizadas periodicamente; participar de reuniões; planejar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS); avaliar os casos individualmente; realizar atendimentos individuais e/ou grupais de forma compartilhada com as equipes de SF; realizar visita domiciliar; participar de grupos educativos, terapêuticos, de prevenção, oficinas, entre outros; planejar a criação de novos grupos em parceria com as equipes de SF; sensibilizar e

encaminhar usuários para os grupos e para rede de referência. Na assistência à saúde mental na APS, considera-se essencial a realização de estratégias interventivas como grupos aos usuários e familiares, além de visitas domiciliares. (BRASIL, 2008, 2009b, 2011, 2012a; SUNDFELD, 2010; GONÇALVES, *et al.*, 2015).

As equipes de Saúde da Família e das unidades básicas tradicionais apresentam dificuldades no atendimento de questões de uso de álcool, crack e outras drogas, e nas pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais em decorrência de preconceitos, deficiências nas capacitações continuadas, apoio matricial não efetivo e consequentemente a extrema dificuldade da implantação do trabalho em rede.

A presença do Apoio Matricial, com acompanhamento intersetorial e discussão de casos, ressalta a proposta de trabalhar saúde mental em rede no município. O Apoio Matricial deve ser contínuo e dinâmico, sendo imprescindível a mobilização, sensibilização e capacitação da APS. O matriciamento traz uma importante estratégia, que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas, para equipes responsáveis pelas ações na APS. Deve ser incrementado constantemente e a implantação tem proporcionado ao serviço e aos profissionais momento de reflexão, corresponsabilização dos casos e maior aceitação da saúde mental na APS. (CAMPOS, 1999; MORAIS e TANAKA, 2012; GAZIGNATO e SILVA, 2014).

A demanda de atendimento às pessoas com sofrimento mental torna-se negligenciada, a partir do momento que não registrar estas queixas nos prontuários, bem como não integrar no projeto de intervenção individual ou familiar as questões relacionadas à saúde mental, como se os “problemas do corpo” estivessem separados dos “problemas da mente”. Algumas ações são realizadas numa concepção leiga de “doença mental” e tratamento, sendo o recurso do encaminhamento para rede especializada frequentemente acionado. A rede e o trabalho intersetorial só será praticado com o processo de capacitação continuada em saúde mental (LUCCHESE, *et al.*; 2009).

O tratamento da Saúde Mental deve estar junto ao local mais próximo de vida destas pessoas, priorizando o diagnóstico precoce, prevenção, promoção da saúde mental nas USF e UBS.

Segundo Lancetti e Amarante (2009, p.615 e 628):

O hábitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem. Na ESF os pacientes deixam de ser números de prontuários, eles são tratados nas tramas que organizam suas vidas.

O setor de saúde tem como desafio a construção da intersetorialidade, pois faz-se necessário o comprometimento de todos os atores sociais envolvidos na prática e na gestão dos serviços de saúde. Realizar ações intersetoriais significa alterar e/ou criar novas maneiras de se fazer saúde, sendo inseparável a realização desta com a criação de atendimentos que considerem as subjetividades destes usuários com problemas relacionados à saúde mental. Neste contexto não tem como produzir saúde sem o trabalho em rede e intersetorial.

Amarante (2007) refere que atualmente a saúde mental está intimamente relacionada com as práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, a fim de evitar minimizar ou de ressignificar a vida dos indivíduos em sofrimento psíquico nos seus contextos sociais. Fica compreendida como um campo de conhecimento e de atuação técnica, engajamento político e compromisso social dos atores envolvidos no âmbito das políticas públicas de saúde.

4.2 Desempenho dos serviços de APS da RRAS 09 com relação organização da Atenção à Saúde Mental.

Dentre o universo da pesquisa de 157 serviços de APS, segundo a autotclassificação por tipo de serviço, prevaleceram as Unidades de Saúde da Família - USF (42%), seguidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais (36,9%). Foi observada a participação de 8,2% UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF) e 8,9% de UBS com Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS); UBS tradicionais ou USF integrada a Pronto Atendimento (1,2%) e 2,5% dos serviços optaram por outras modalidades.

Domínio 1: Promoção da Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde

Conforme a análise dos indicadores que compõem este domínio, menos da metade dos serviços de APS realizam práticas que se relacionam à promoção da saúde mental. Os serviços avaliados realizam, em sua maioria, ações quanto: atividades que abordam orientações para inscrição em programas sociais na atenção às crianças (85,3%), palestras na unidade sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde (61,1%), palestras na comunidade que abordam diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade (59,8%).

Um pouco mais que a metade desenvolve atividades em grupo, na unidade, que abordam outros temas (36,3%); ações que abordam orientações quanto aos direitos sociais no cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições (33,8%) e ações que abordam orientações quanto aos direitos sociais, na atenção a pessoas com deficiência – PCD (34,4%).

Abordando promoção da saúde mental na comunidade e a maneira como são realizadas as atividades, percebemos que o mais comum pode ser a oferta de palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade (59,8%), atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade (22,9%) e rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade (15,2%).

Promover a saúde mental significa romper com a oferta de ações tradicionais, assim um dos indicadores de qualidade, selecionados, foi realização de temas para evitar o rompimento e a fragilização de vínculos, sendo realizados em instituições para crianças e adolescentes. Com relação à exclusão social e discriminação às crianças (3,8%), adolescentes (5,7%); Bullying para crianças (12,1%), adolescentes (14,6%); prevenção de violência às crianças (14%); violência doméstica e sexual às instituições de adolescentes (11,5%); orientações contra o trabalho infantil (4,5%); sexualidade na infância (24,2%); prostituição infantil (12,7%); prostituição na adolescência (7,6%) e saúde mental às instituições para adolescentes (10,8%).

As ações de educação em saúde em instituições que atendem crianças e adolescentes, denominadas “instituições de acolhimento” previstas no ECA - Estatuto da criança e adolescente e na tipificação de alta complexidade do SUAS - Sistema Único de Saúde, destinada ao acolhimento de crianças e adolescentes que não são protegidos pelas famílias, necessitam de ações de promoção de saúde mental. Segundo a análise de frequências de respostas, quanto a estes indicadores, a maioria dos serviços realizam poucas ações educativas, sendo o tema mais frequente “sexualidade na infância” (24,2%) e o menos frequente “exclusão social e discriminação” (3,8%).

A Promoção da Saúde, inserida em uma política nacional, estabelece que saúde não é apenas ausência de doenças e sim o resultado da articulação de vários fatores que influenciam na maneira que o indivíduo vive.

Nesse Domínio de Promoção da Saúde Mental, na APS, as unidades de saúde realizam, como maior frequência, atividades que abordam orientações para inscrição em Programas Sociais, na atenção às crianças (85,3%); palestras na unidade sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde (61,1%), palestras na comunidade que abordam diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade (59,8%).

Atualmente as unidades de saúde realizam atividades com orientações sobre programas sociais, como é o caso do Bolsa Família, criando em 9 de janeiro de 2004, sendo um programa de transferência condicionada de renda às famílias com renda per capita até \$120,00. Desde 2001 há outros programas desta área social, como o Bolsa Escola, Bolsa

Alimentação, Auxílio Gás e o Cartão Alimentação. O Bolsa Família foi criado com a proposta de unificar esses programas (BRASIL, 2004c).

O Programa Bolsa Família vincula o benefício pago ao cumprimento de contrapartidas por parte das famílias contempladas, sendo necessário para viabilização do benefício a frequência escolar, superior a 85%, das crianças e adolescentes, entre 6 e 15 anos, acompanhamento de saúde para crianças, entre 0 e 6 anos, e consultas de pré-natal para as gestantes (BRASIL, 2004c).

A realização das condicionalidades exige o acompanhamento direto da APS com ações voltadas às crianças e gestantes. Os profissionais da saúde são obrigados pelos municípios a cumprir metas para acompanhar as famílias inscritas nestes programas sociais.

Tem fragilidades entre esferas de governo e setores na gestão do Programa Bolsa Família, e não há evidências de que a existência e o acompanhamento das condicionalidades da saúde contribuam para o direito à saúde de maneira ampla, mas estar no programa contribui com a redução das taxas de desnutrição e mortalidade materna e infantil. É essencial avançar na reorganização dos serviços e nas atividades dos profissionais envolvidos nesta condicionalidade, para que as ações de saúde e sociais sejam ofertadas de forma articulada, intersetorial e interdisciplinar, e não apenas para o cumprimento de metas (SILVA e ALCÂNTARA, 2012; MORAES e MACHADO, 2017).

Carvalho, Almeida e Jaime (2014) apontam em seu estudo que os profissionais de equipes de saúde da família de municípios do Nordeste do Brasil, acreditam que o programa ocasionou mudanças favoráveis na vida das famílias participantes. As mudanças descritas foram o aumento da frequência escolar das crianças e adolescentes, redução da pobreza e mudanças positivas na relação com os serviços de saúde. Os profissionais de saúde se referem a dificuldades de caráter organizacional no acompanhamento das condicionalidades, principalmente pelo excesso de demanda de trabalho.

As condicionalidades do Programa Bolsa Família apresentam opiniões divergentes no Brasil, dessa forma ao invés de controlar os beneficiários, exigindo o acompanhamento das unidades de saúde e das escolas, os governos deveriam melhorar a qualidade de saúde e educação para todo cidadão e articular programas de acesso ao trabalho, buscando a autonomia dos beneficiários deste programa (ZIMMERMANN e ESPÍNOLA, 2015).

As unidades de saúde realizam palestras na comunidade (59,8%) e na unidade, com temas definidos pela equipe de saúde (61,1%). Estas são estratégias de promoção na área da Educação em Saúde, já reconhecidas e preconizadas pelos protocolos e programas do

Ministério da Saúde, assim todos os serviços utilizam-se em algum momento desta estratégia, seja por iniciativa própria ou pelo cumprimento de normas impostas pelo município.

A palestra promove possibilidades de aprendizagem para adotar mudanças de comportamento, práticas e atitudes para alcançar a saúde. No momento em que ela ocorre, viabiliza a oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua cultura, e a partir disto continuar com os mesmos comportamentos, ou apropriar-se das informações e transformar a sua própria realidade (OLIVEIRA e GONÇALVES, 2004).

A APS pode ser considerada como um espaço privilegiado para realização de ações educativas, sendo a palestra a técnica mais comum e de conhecimento dos profissionais da saúde, para realização dessas ações, devido a aproximação da APS com a população e o cenário para ações preventivas e promotoras da saúde (SILVA, *et al.*; 2013).

Um aspecto relevante é que o indicador de maior frequência sobre palestras, refere que os temas são definidos pela equipe de saúde, ou seja, predomina o pensamento linear e positivista. O profissional da saúde configura-se no sujeito que conhece o essencial para o outro saber. O outro aqui, representa o “paciente”, “objeto”, “sem senso crítico” que aceita “receber” as informações como um depósito. Nesta relação não há o desenvolvimento da autonomia e da reflexão sobre o processo saúde-doença.

Com menor frequência, as unidades de saúde realizam atividades em instituições para crianças que abordam a exclusão social e discriminação em apenas (3,8%), atividades em instituições que abordam orientações contra o trabalho infantil (4,5%) e atividades em instituições para adolescentes que abordam a exclusão social e a discriminação (5,7%).

A promoção da saúde está relacionada com a Vigilância à Saúde, sendo um modelo assistencial com potencialidade para a reorganização dos processos de trabalho sob o marco da determinação social da saúde-doença. A precariedade da infraestrutura, a falta de qualificação profissional apropriada, a falta de incentivo político-gerencial e a falta de interesse de participação da população, são considerados como limites para implantação e efetivação da Vigilância à Saúde. Não são estabelecidos assuntos sobre trabalho infantil, exclusão social e discriminação como sendo inerentes à saúde mental (FARIA e BERTOLOZZI, 2010).

A maioria das unidades de saúde trabalham na lógica do modelo curativo, biomédico, sendo o foco o “corpo doente” e não evitar que o “corpo” e a “mente” adoecem. Esse modelo é valorizado culturalmente e socialmente, e devido essa visão, os problemas de organização do processo de trabalho e déficit de profissionais os serviços normalmente não planejam ações com temas amplos como exclusão social, trabalho infantil e discriminação.

Tabela 1 – Frequência Domínio 1 “Promoção à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”.

DOMÍNIO	INDICADORES	REALIZA N = 157	%
Promoção à Saúde Mental na APS	1. Educação em saúde extra-muros que abordam a violência.	31	19,7%
	2. Palestras na comunidade que abordam diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade.	94	59,8 %
	3. Rodas de conversa na comunidade que abordam temas definidos pela comunidade.	24	15,2%
	4. Atividades periódicas na comunidade que abordam temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade.	36	22,9%
	5. Educação em saúde na unidade, no último ano, que abordam a violência.	33	21%
	6. Palestras na unidade sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde.	96	61,1 %
	7. Atividades em grupo na unidade que abordam outros temas.	57	36,3%
	8. Atividades em instituições para crianças que abordam a exclusão social e discriminação.	06	3,8%
	9. Atividades em instituições para crianças que abordam o bullying.	19	12,1%
	10. Atividades em instituições para crianças que abordam a prevenção da violência.	22	14%
	11. Atividades em instituições para crianças que abordam orientações contra o trabalho infantil.	07	4,5%
	12. Atividades em instituições para crianças que abordam a sexualidade e educação sexual.	38	24,20%
	13. Atividades em instituições para crianças que abordam a prostituição infantil.	20	12,7%
	14. Atividades em instituições para adolescentes que abordam a exclusão social e a discriminação.	09	5,7%
	15. Atividades em instituições para adolescentes que abordam o bullying.	23	14,6%
	16. Atividades em instituições para adolescentes que abordam a violência doméstica.	18	11,5%
	17. Atividades em instituições para adolescentes que abordam a prostituição na adolescência.	12	7,6 %
	18. Atividades em instituições para adolescentes que abordam a saúde mental.	17	10,8%
	19. Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas nos atendimentos de puerpério imediato.	40	25,5%
	20. Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas nos atendimentos de puerpério tardio.	45	28,7%
	21. Atividades que abordam orientações para inscrição em programas sociais na atenção às crianças.	134	85,3%
	22. Ações para atenção aos idosos que abordam os direitos da pessoa idosa.	46	29,3%
	23. Ações que abordam orientações quanto aos direitos sociais no cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições.	53	33,8%
	24. Ações voltadas à saúde do homem que abordam relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais.	38	24,2%
	25. Ações voltadas à saúde do homem que abordam paternidade e relações familiares.	27	17,2%
	26. Ações que abordam orientações quanto aos direitos sociais, na atenção a pessoas com deficiência - PCD.	54	34,4%
	27. Ações educativas na área da Saúde do Trabalhador.	32	20,4%
	28. Orientações quanto aos direitos sociais na área da Saúde do trabalhador.	31	19,8%
TOTAL	28 INDICADORES		

FONTE: QualiAB 2014, Categorização do Domínio1 com os indicadores de Qualidade.

Domínio 2: “Prevenção de agravos e problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”.

De acordo com análise das frequências de respostas dos serviços de APS, quanto a este domínio, que focaliza atividades de prevenção à saúde mental, a maioria constatou realizar ações no atendimento de pré-natal abordando os riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas (78,3%), orientação aos cuidadores e/ou familiares de pessoas com sofrimento psíquico/transtorno mental (65,6%), escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais (62,4%), identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social pelo agente comunitário de saúde (57,3%), identificação de casos de violência intradomiciliar e orientação aos usuários acamados pelo agente comunitário de saúde (54,8%), suporte informativo aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas (52,2%), atividades que abordam assuntos de saúde mental na atenção ao adulto (52,2%), ações que abordam o Alcoolismo e outras drogas na atenção aos adultos (51,6%).

Poucos serviços realizam ações mais amplas como questionamento se a gravidez é desejada antes do resultado e encaminhamentos necessários (5,7%), vigilância de trabalho infantil (9,5%), ações voltadas à saúde do homem que abordam a vivência, práticas e/ou exposição a situações de violência (12,7%), ações para cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas que abordam a detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar (15,9%), prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas às pessoas acamadas no domicílio ou instituições (16,6%), avaliação de risco e vulnerabilidade social de situações de violência em casos de alcoolismo (20,4%), identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual nas atividades de rotina com adolescentes (20,4%), estratégias de formação ou educação permanente que abordam a violência (21,7%), discussões em equipe para construção de projeto terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais (22,3%).

Destaca-se que ações preventivas na saúde mental são mais evidentes nas ações programadas de saúde, corroborando com o foco biomédico, sendo as mesmas Saúde da Mulher (pré-natal, puerpério), Saúde da Criança e Saúde do Adulto.

A prevenção da saúde mental é essencial para evitar comorbidades e gravidade dos casos de pessoas em situações de vulnerabilidade emocional e social. Em muitas situações basta “estar com a pessoa” no momento da percepção do sofrimento, e para isso acontecer é necessária a humanização, sensibilidade dos profissionais de saúde e a utilização das ações rotineiras para intervir na saúde mental preventivamente.

Nesse domínio de Prevenção de Saúde Mental, na APS, as unidades de saúde realizam com maior frequência ações de pré-natal que abordam os riscos do tabagismo e uso de bebidas alcoólicas e outras drogas (78,3%), orientação para os cuidados de pessoas com deficiência (67,5%) e orientações aos cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais (65,6%).

Apesar das unidades realizarem ações de pré-natal, relacionadas aos riscos do consumo de drogas na gravidez, há estudos que evidenciam que as ações realizadas pelo enfermeiro ainda são insuficientes, pois, apesar das gestantes receberem orientações sobre os riscos e consequências do uso de drogas, não recebem encaminhamento para tratamento e acompanhamento em serviços especializados em gravidez de risco, e não recebem informações sobre redução de danos durante as consultas de pré-natal (LIMA, *et al.*; 2015).

Somente através das consultas de pré-natal que o profissional de saúde poderá acolher, olhar, avaliar a gestação e ofertar ações preventivas envolvendo saúde física e mental. Na área física já se encontra institucionalizado o protocolo de atenção pré-natal, sendo mais efetivo no modelo da ESF, quando comparado com a unidade tradicional. Há vários procedimentos de rotina, ações programáticas que não são realizadas pela equipe de saúde da família como descritos, sendo necessário mais dedicação para melhorar a qualidade do pré-natal. Ao abordar a esfera biológica é necessário acrescentar as dimensões da saúde mental nesse acompanhamento da gestante (MENDOZA-SASSI, *et al.*; 2011).

As gestantes que usam abusivamente de tabaco, bebidas alcóolicas e outras drogas, demonstram informações a respeito das consequências negativas do uso de SPA, mas é necessária a continuidade de campanhas preventivas, com foco nas atitudes das gestantes, mães e seus familiares, quanto ao uso de SPA durante a gestação e a amamentação. Essas campanhas de prevenção e cessação do uso de SPA, tendem a aumentar o sucesso reforçando atitudes positivas e valorizando a mudança de comportamento (MATTA, SOARES e BIZARRO, 2011).

Apesar do uso abusivo de álcool e outras drogas ser um problema de saúde pública, pouco discute o seu uso e as consequências da utilização de drogas às gestantes e aos bebês. Há necessidade do envolvimento de uma equipe multiprofissional ao abordar gestantes (YAMAGUCHI, *et al.*; 2008).

De acordo com o Manual Técnico sobre pré-natal (2006), o uso de drogas lícitas ou ilícitas sempre será considerado um fator de risco na gestação, exigindo maior atenção dos diversos profissionais envolvidos no atendimento à gestante, abordando questões biopsicossociais da gestante e do feto em desenvolvimento.

Os serviços da APS têm a obrigatoriedade em abordar o uso de álcool, crack e outras drogas durante o acompanhamento da gestação e no desenvolvimento do bebê, pois já foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde através de protocolos, normas e manuais. As orientações aos cuidadores formais ou informais/familiares são indicadores essenciais à prevenção da saúde mental, na APS, e com frequências significativas.

Exercer o papel de cuidador, pode ser complexo, pois incorpora diferentes necessidades ao longo do processo de cuidar. Muitas vezes o cuidador familiar fica sendo o único responsável por tudo, e neste sentido apresenta necessidade de suporte, acesso aos apoios formalizados, comunicação e informação na tomada de decisão. No desenvolvimento do papel de cuidador surgem diversas necessidades como conhecimento e aprendizagem para o autocuidado, necessidades emocionais como suporte para o novo papel e necessidades sociais, incluindo o descanso ao cuidador. Essas necessidades estão articuladas com as necessidades de informação e comunicação com os profissionais de saúde, pois são eles quem podem prevenir problemas relacionados à saúde mental (FERNANDES e ANGELO, 2016).

O cuidador de pessoas em sofrimento psíquico, transtornos mentais ou pessoas com deficiências, tem um importante papel de ligação entre os profissionais de saúde e a pessoa cuidada. Por isso, deve receber uma atenção de caráter preventivo, pois na maioria das vezes, o foco de atenção na prática profissional, tem como foco o indivíduo doente, esquecendo que o cuidador também pode vir a ser um usuário do serviço de saúde (RAFALHO e OLIVER, 2010; ARAÚJO, *et al.*; 2009).

É necessário o desenvolvimento de programas de informação, orientação e apoio aos familiares/cuidadores informais e cuidadores formais dos pacientes psiquiátricos. O planejamento de intervenções que considerem as particularidades de cada tipo de cuidador e das patologias da pessoa cuidada é essencial, lembrando que os cuidadores sentem muito incomodados em supervisionar os comportamentos problemáticos dos pacientes do que prestar assistência em suas tarefas cotidianas. Neste aspecto é evidente a importância da saúde mental deste cuidador para exercer seu papel sem adoecer mentalmente e fisicamente (BARROSO, BANDEIRA E NASCIMENTO, 2007; ALBUQUERQUE, CINTRA e BANDEIRA, 2010).

Cuidar de um familiar com transtorno mental e/ou pessoas com deficiências gera muitas dificuldades para quem exerce a função de cuidador, pois exige que este auxilie nas diversas atividades da vida diária e da vida prática. Cuidar envolve sobrecarga pelo acúmulo de funções desempenhadas e pelo despreparo do cuidador, sinalizando que os equipamentos

de saúde mental e APS necessitam intervir na saúde deste e ofertar capacitações para exercer o papel de cuidador (KEBBE, et al.; 2014).

A qualidade de vida de cuidadores afeta e está diretamente interligada com a qualidade de vida do sujeito dependente desses cuidados e abordar a saúde mental prevenirá diversos problemas emocionais e doenças psicossociais.

Orientações aos cuidadores e ações de pré-natal abordando os riscos de drogas já são preconizados pelo Ministério da Saúde, assim as unidades de saúde da APS realizam com maior frequência no Domínio de Prevenção da Saúde Mental orientações aos cuidadores e atendimento de pré-natal com foco preventivo às drogas.

Na APS há muitas demandas institucionalizadas, conhecidas também por ação programática, e são responsáveis pelo atendimento do ser humano desde seu nascimento até o envelhecimento e morte. Diante desta complexidade os indicadores de menor frequência no Domínio de Prevenção da Saúde Mental são: questionamento se a gravidez é desejada antes do resultado e encaminhamentos necessários (5,7%); vigilância do trabalho infantil (9,5%) e ações voltadas à saúde do homem que abordam situações de violência (12,7%).

Segundo Borges et al.; (2011) o planejamento da gravidez ainda não é evento muito frequente e está determinado pelos contextos de vida pessoal, social e afetiva das mulheres, e não simplesmente pelo uso de métodos contraceptivos ou nível sociocultural. Muitas mulheres não desejam a gravidez e no momento de pegar o resultado do exame na APS o profissional de saúde pode prevenir emoções e sentimentos negativos questionando o desejo da gravidez e acolhendo as reações a partir deste olhar humanizado.

A gravidez não planejada representa risco aumentado de transtornos mentais como de ansiedade, fobia, depressão, podendo desencadear até transtornos mentais mais graves como psicose puerperal. Normalmente são mulheres desamparadas emocionalmente e socialmente e precisam de atenção redobrada. Prietsch (2011) aponta como variáveis significativamente associadas a gravidez não planejada a cor da pele parda/preta, idade inferior a 20 anos, sem companheiro, baixa renda familiar, aglomeração familiar, tabagismo e mais de um parto. Essas características e a possibilidade de problemas psicossociais corrobora a importância de questionar ao entregar o resultado se a gravidez é desejada/planejada.

A gravidez indesejada interfere na saúde mental da gestante e do feto/bebê, pois desde o ato da concepção já inicia o vínculo mãe-filho. Esse vínculo ao ser uma gravidez não planejada ocasiona sentimentos de raiva, culpa, frustração, rejeição, podendo até ocorrer o abortamento deste feto.

Segundo Milbradt (2008) em seu estudo de casos o percurso da afetividade na gravidez indesejada é permeado por sentimento de culpa devido a rejeição sentida em relação ao feto, raiva, angústia, auto depreciação e tristeza. A gestante se senti sozinha, desvalorizada, amedrontada e sem apoio. Ao nascer o bebê há muitas possibilidades do surgimento de transtornos mentais a puérpera e seu filho.

Socialmente a mulher que não deseja desenvolver o papel materno é julgada moralmente pela família e sociedade. Os profissionais de saúde ao questionar a mulher sobre o desejo da gravidez prevenirão vários transtornos mentais e acolherão o sofrimento psíquico com a escuta qualificada.

Outro indicador de Saúde Mental na APS voltada à Prevenção da Saúde Mental com baixa frequência é a vigilância do trabalho infantil. Através do Caderno da Atenção Básica da Saúde da Criança número 33 é preconizado a proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situação de violência. O trabalho infantil é considerado uma forma de violência contra crianças, pois ao realizarem tarefas de natureza econômica é impedido de viver sua condição de infância e pré-adolescência. Estas tarefas são efetuadas de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições que põem em risco o desenvolvimento biopsicossocial e/ou moral da criança (BRASIL, 2012d).

A realização da Vigilância em Saúde da Criança considerando a vigilância do trabalho infantil em unidades básicas de saúde deveria ser realizada como acompanhamento ativo, integral, programado, identificando riscos/vulnerabilidades, por meio de ações multiprofissionais, intersetoriais e com a participação da família, normalmente representada pela mãe.

Na prática há dificuldades para efetivação da Vigilância em decorrência da falta de participação materna nas ações propostas, indisponibilidade de tempo para discussão e adoção de medidas, bem como desarticulação entre níveis e setores no município (YAKUWA, et al.; 2015).

O trabalho de crianças e adolescentes são invisíveis nos serviços de saúde, e quando realizam intervenções em vigilância em saúde há práticas fragmentadas. Ao abordarmos a Vigilância do trabalho infantil na APS é necessário o planejamento intersetorial com envolvimento das organizações e representações da sociedade civil no processo de gestão e acompanhamento das políticas públicas envolvidas no trabalho de crianças e adolescentes (NOBRE, 2003).

Ações voltadas à saúde do homem que abordam situações de violência é um indicador de saúde mental na APS com baixa frequência, apesar da Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde do Homem contemplar um olhar para o fenômeno da violência com visão sistêmica e integral a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas (BRASIL, 2009c).

Albuquerque, Barros e Schraiber (2013) em estudo transversal com 477 homens usuários de APS apontam a relação entre sofrer violência e sofrimento mental relevante para a saúde dos homens e evidencia a necessidade da identificação, nos serviços de saúde, das situações de violência. A relação de violência nos homens é influenciada pelo uso de SPA, sendo necessário abordar esse assunto concomitantemente.

A violência está relacionada com necessidades de saúde da população masculina, mas é negligenciada pela sociedade e pelos serviços de saúde. Os homens são invisíveis na perspectiva de intervenções nas políticas públicas de saúde marcada por questões de gênero como um “ser violento” e que não vai “ser violentado”. A saúde do homem é marcada pelas iniquidades sociais produzidas pelas desigualdades de gênero presentes no imaginário social e nos serviços de saúde (FIGUEIREDO, 2005; COUTO, et al.; 2010).

O homem deve ser incluído no cuidado dos profissionais de saúde tendo em vista a ideia de que a APS são serviços direcionados às mulheres, crianças e idosos. Socialmente e por questões de gênero ele não é visto com suas necessidades de saúde. Há uma tendência a reduzir a saúde do homem a problemas relacionados à próstata e a potência sexual, contudo, os maiores problemas são as mortes cardiovasculares e por violência ou causas externas. Esse homem tem que tornar-se universal, sem gênero, como um sujeito que adoecer, tem medos, fragilidades, dores, enfim um ser humano que precisa ser notado pelos serviços de APS com visão biopsicossocial (BRASIL, 2013b; SEPARAVICH e CANESQUI, 2013).

O homem é um ser humano que pode sofrer violência física, psicológica e/ou sexual, no entanto devido a ilusão na imaginação social, de que ser homem, “macho” é ser bruto, forte, agressivo, independente, autônomo, proibido chorar, saudável e “sempre” o agressor e não o agredido, não há ações voltadas à saúde do homem. Diante desta situação os profissionais de saúde da APS são influenciados e influenciam a não realização de atividades direcionadas à violência.

Schraiber, et al. (2012) descreve em seu estudo que prevalências de violências sofridas pelo homem na vida forma de 79% e para violências praticadas de 52,1%. Nas sofridas e nas praticadas, a psicológica é a de maior taxa, seguida da física. Dado este significativo para selecionar ações voltadas à saúde do homem com foco em situações de violência como indicador no domínio de prevenção da saúde mental na APS. Os homens se envolvem em muitas situações de violência quer como vítimas ou agressores, assim essas situações devem ser consideradas nos serviços da APS.

A diminuição do processo de violência no contexto da masculinidade só ocorrerá a partir do momento do rompimento de paradigmas de que antes de serem homens são pessoas, da não existência de um padrão para “ser homem”, do direito de escolhas enquanto cidadão e da informação e esclarecimento dos homens sobre o fenômeno da violência (GOMES, 2010).

Tabela 2 – Frequência Domínio 2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”

DOMÍNIO 2	INDICADORES	REALIZA N = 157	%
Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde.	1. Educação em saúde extra-muros que abordam o uso abusivo de álcool e outras drogas.	53	33,8%
	2. Educação em saúde na unidade, no último ano, que abordam o uso abusivo de álcool e outras drogas.	51	32,5%
	3. Questionamento se a gravidez é desejada antes do resultado e encaminhamentos necessários.	09	5,7%
	4. Ações de pré-natal que abordam os riscos do tabagismo e uso de bebidas alcoólicas e outras drogas.	123	78,3%
	5. Ações de pré-natal que envolvam a escuta ativa da gestante e se seus (suas) acompanhantes.	98	62,4%
	6. Investigação das condições psicoemocionais no puerpério imediato.	70	44,6%
	7. Investigação de condições sócio familiares no puerpério imediato.	61	38,8%
	8. Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério tardio.	72	45,9%
	9. Investigação de condições sócio familiares no puerpério tardio.	68	43,3%
	10. Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental na atenção às crianças.	68	43,3%
	11. Identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual na atenção às crianças.	61	38,8%
	12. Orientações quanto ao uso de álcool e outras drogas nas atividades de rotina com adolescentes.	63	40,1%
	13. Identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual nas atividades de rotina com adolescentes.	32	20,4%
	14. Atenção à saúde mental nas atividades de rotina com adolescentes.	46	29,3%
	15. Ações que abordam o Alcoolismo e outras drogas na atenção aos adultos.	81	51,6%
	16. Atividades que abordam assuntos de saúde mental na atenção ao adulto.	82	52,2%
	17. Atividades que abordam a Violência na atenção aos adultos.	42	26,7%
	18. Avaliação cognitiva (demências) na atenção aos idosos.	63	40,1%
	19. Identificação de quadros depressivos na atenção aos idosos.	66	42%
	20. Ações na atenção aos idosos que abordam a violência contra a pessoa idosa.	51	32,5%
	21. Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas na atenção aos idosos.	41	26,1%
	22. Avaliação da funcionalidade familiar dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas.	67	42,7%
	23. Investigação da rede de apoio social dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas.	53	33,8%
	24. Suporte informativo aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas.	82	52,2%
	25. Avaliação do estresse do cuidador de idosos e/ou pessoas acamadas.	43	27,4%
	26. Ações para cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas que abordam a detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar.	25	15,9%
	27. Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas às pessoas acamadas no domicílio ou instituições.	26	16,6%
	28. Avaliação do padrão de consumo de álcool em casos de alcoolismo.	59	37,6%

29. Investigação do uso de outras drogas em casos de alcoolismo.	64	40,8%
30. Orientações e acompanhamento dos casos de alcoolismo na própria unidade.	68	43,3%
31. Avaliação de risco e vulnerabilidade social de situações de violência em casos de alcoolismo.	32	20,4%
32. Investigação e controle de comorbidades associadas ao alcoolismo.	45	28,7%
33. Avaliação do padrão de consumo de drogas em casos de uso abusivo de outras drogas.	60	38,2%
34. Investigação do uso de álcool em casos de uso abusivo de outras drogas.	64	40,8%
35. Orientações e acompanhamento dos casos de uso abusivo de drogas na própria unidade.	59	37,6%
36. Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência em casos de uso abusivo de drogas.	37	23,6%
37. Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas.	42	26,7%
38. Orientação aos cuidadores e/ou familiares de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais.	103	65,6%
39. Visita domiciliar para avaliação de vulnerabilidade social às pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais.	55	35%
40. Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais.	35	22,3%
41. Ações voltadas à saúde do homem que abordam o uso e a dependência de tabaco, álcool e outras drogas.	72	45,9%
42. Ações voltadas à saúde do homem que abordam a vivência, práticas e/ou exposição a situações de violência.	20	12,7%
43. Atenção à saúde mental voltada à saúde do homem.	45	28,7%
44. Orientação para os cuidadores de pessoas com deficiências.	106	67,5%
45. Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas às pessoas com deficiências.	35	22,3%
46. Vigilância e atenção em casos de violência às pessoas com deficiências.	42	26,7%
47. Vigilância de trabalho infantil.	15	9,5%
48. Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social pelo agente comunitário de saúde.	90	57,3%
49. Identificação de casos de violência intradomiciliar pelo agente comunitário de saúde.	86	54,8%
50. Identificação e orientação de usuários acamados pelo agente comunitário de saúde.	86	54,8%
51. Estratégias de formação ou educação permanente que abordam a saúde mental.	60	38,2%
52. Estratégias de formação ou educação permanente que abordam a violência (doméstica, sexual, outras)	34	21,7%
53. Estratégias de formação ou educação permanente que abordam o uso abusivo e álcool e outras drogas.	56	35,7%
TOTAL 53 INDICADORES		

FONTE: QualiAB 2014, Categorização do Domínio2 com os indicadores de Qualidade.

Domínio 3: “Assistência à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”.

Conforme análises de frequência das respostas dos serviços de APS sobre este domínio, no geral, a maioria confirmou realizar diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de assistência às pessoas com deficiências (75,8%), atenção domiciliar aos idosos (59,9%), identificação e atenção/orientação aos cuidadores de idosos (45,9%), realização de grupos educativos para gestantes adolescentes (41,4%), acompanhamento interdisciplinar em caso de detecção de violência contra a mulher na unidade (38,8%), atendimento

interdisciplinar nos casos de detecção de violência contra idosos (37,6%) e atendimento e acompanhamento dos pais em caso de detecção de violência contra crianças e adolescentes (35,7%).

Destaca-se que (77%) dos serviços encaminham pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais para serviços especializados com seguimento na unidade, (79,6%) encaminham os casos de alcoolismo para serviço especializado e (73,9%) encaminham para serviço especializado os casos de uso abusivo de outras drogas.

Na área da Assistência à Saúde Mental na APS os serviços realizam com maior frequência diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de assistência às pessoas com deficiências (75,8%), atenção domiciliar aos idosos (59,9%) e identificação, orientação e atenção aos cuidadores de idosos (45,9%).

Os serviços de Saúde da APS não possuem olhar, capacidade técnica para assistência às pessoas com deficiência, assim a melhor opção é diagnosticar e encaminhar aos serviços especializados.

A Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, sendo uma das diretrizes o desenvolvimento de atividades no território com diversificação das estratégias de cuidado, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. Essa rede é composta por componentes sendo: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências denominado como CER – Centros Especializados em Reabilitação; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

A APS é essencial para o cumprimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, mas os profissionais não sentem capacitados para o atendimento destas pessoas. É necessário o aprimoramento técnico e científico do profissional de saúde para alcançar o acompanhamento humanizado e qualificado das PCD (SILVA, et al.; 2017).

Devido falta de qualificação profissional a maioria dos serviços não conseguem disponibilizar o preconizado pela política e portarias estabelecendo as diretrizes assistenciais da PCD. Amorim, Liberali e Medeiros Neta (2018) descrevem em seu estudo de revisão integrativa de literatura que apesar de alguns avanços conquistados na garantia da saúde à PCD, ainda são escassas as ações de seu cuidado e reabilitação na atenção primária. Os fatores facilitadores para o alcance da assistência à PCD estão nas ações de reabilitação, a visita domiciliar e o apoio matricial. Como fator dificultador deste cuidado aos usuários com alguma deficiência é a qualificação deficitária dos profissionais da APS.

Na APS as ações voltadas à saúde da PCD devem visar a promoção da interação social, a construção de direitos e a transformação do lugar da deficiência. É necessário a “transformação” do espaço físico para promover acessibilidade, modificar os valores e paradigmas sobre deficiência, romper com o modelo assistencial hegemônico biomédico. A partir de reflexões são abertas novas possibilidades de intervenção com foco na integralidade da assistência à PCD. É necessário o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, inclusão na APS e educação permanente aos profissionais de saúde (OTHERO e DALMASO, 2009; BEZERRA, SILVA e MAIA, 2015; BELMIRO, et al.;2017).

Assistir a PCD significa um novo olhar dos profissionais da APS, pois socialmente com influência da mídia, do saber biomédico e do especialista não resta outra alternativa a não ser encaminhar para outros níveis de assistência a pessoa com qualquer deficiência.

Outro indicador de Saúde Mental na APS com frequência de (59,9%) é atenção domiciliar aos idosos. O idoso em seu processo de envelhecimento poderá necessitar de assistência domiciliar em decorrência de doenças, limitações físicas, psicológicas e/ou sociais.

Segundo Thumé, et al. (2010) a assistência domiciliar está associada com a idade; história prévia de AVC; demência; incapacidades básicas e instrumentais da vida diária; hospitalização nos últimos quatro anos; e ter estado acamado em algum momento nos últimos trinta dias. O domicílio é visto como ambiente terapêutico tendo impacto positivo na situação de saúde dos idosos que recebem assistência domiciliar.

As unidades de saúde na APS em seu processo de trabalho e na organização da rede assistencial sobre a atenção ao idoso centralizam as ações nos agentes comunitários, priorizam as ações programáticas em detrimento da abordagem de acordo com as necessidades da população adscrita e comunidade (MOTTA, AGUIAR e CALDAS, 2011).

A sobrecarga de trabalho e a desorganização da rede de atenção ao idoso com níveis de atenção desarticulados dificultam “olhar” o idoso em sua capacidade funcional podendo contribuir para o surgimento das patologias e da necessidade de assistência domiciliar e não para o enfrentamento do envelhecimento populacional saudável.

A atenção domiciliar tem como função assistir o indivíduo e a família no espaço domiciliar de forma integral, humanizada e contextualizada. Nesse contexto a ação do cuidado domiciliar está favorecendo a ampliação da integralidade na atenção à saúde. Assistência domiciliar possibilita interações entre profissional de saúde, idoso e família. Muitas vezes os arranjos domiciliares existentes não estão suficientemente capacitados para atender as necessidades básicas apresentadas pelos idosos, tornando-os mais vulneráveis (DUARTE, LEBRÃO e LIMA, 2005; MUNIZ, et al.; 2014).

A ESF já estabelece na organização do processo de trabalho cuidado domiciliares, assim Martins et al. (2008) referem que 88% dos assistidos no domicílio possuem vínculo com a ESF e média de 1,04 visitas domiciliares/mês. As doenças de maior prevalência são hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes melito. Os atendimentos mais frequentes foram o fornecimento de medicamentos, consulta médica e/ou de enfermagem e visita domiciliar.

A unidade de saúde da família é uma estratégia que visa a reorganização do modelo assistencial com foco no sujeito biopsicossocial e espiritual, e diante desta realidade poucos serviços fazem atenção domiciliar ao idoso (59,9%) apontado no instrumento de autoavaliação QualiAB. É necessário o cumprimento do estabelecido em leis e portarias buscando a sistematização da atenção à saúde domiciliar aos idosos e seus familiares.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, assim é essencial desenvolver formas de apoio aos cuidadores familiares e aos cuidadores formais, propiciar suporte aos profissionais da Atenção Básica, quando se deparam com os idosos que não possuem “cuidador” para ser assistido. A equipe de saúde na APS tem que possuir recursos humanos suficientes para atender todas necessidades de saúde da população usuária do SUS no desenvolvimento do ciclo da vida.

A orientação, identificação e atenção aos cuidadores de idosos é outro indicador de qualidade no domínio da Assistência à Saúde Mental na APS com (45,9%) de frequência. Os idosos que são assistidos no domicílio possuem alguma incapacidade funcional ou dependência, e conseqüentemente para ser inserido nesta modalidade de assistência necessita ter “cuidador” formal ou informal.

Dispensar atenção aos cuidadores é muito importante à saúde mental de ambos. O processo do cuidado envolve esforço físico, mental e psicológico e em muitos casos ônus financeiro efetuando o pagamento ao cuidador formal, ou sendo cuidador familiar, este ao exercer esse papel não conseguirá desenvolver outras atividades remuneradas. Os cuidadores apresentam cansaço, stress, preocupação, aparecimento de sintomas e doenças, aumento dos riscos à saúde, mudanças no cotidiano e alteração da autoestima (RODRIGUES, WATANABE e DERNTL, 2006).

A atenção domiciliar busca auxiliar no rompimento do modelo centrado no hospital, no saber médico e na fragmentação do conhecimento. Atenção Domiciliar procura assistir a pessoa que necessita de cuidado e todos envolvidos no processo de cuidar.

No Caderno de Atenção Domiciliar (Brasil, 2012d) é estabelecido que a atenção domiciliar é uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar. O cuidado não é

focado apenas na assistência, mas também em aspectos de prevenção, promoção e reabilitação promovendo a continuidade do cuidado e a integração das Redes de Atenção à Saúde.

A Assistência à Saúde Mental na APS exige criatividade, ousadia, capacidade técnica para inovar ações nesta área. Os indicadores de saúde mental na APS com menor frequência é acompanhamento em grupo os casos de violência contra a mulher (2,6%), grupo de apoio aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas (8,3%) e controle do uso continuado de benzodiazepínicos através de revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento (8,9%).

As práticas grupais são consideradas como estratégia, dispositivo de intervenção e cuidado de saúde mental na APS. Esta estratégia exige habilidade técnica para sua efetivação com objetivo de desconstrução do paradigma do sofrimento psíquico como transtorno mental e emancipação do ser humano.

A realização de grupo depende de um trabalho em equipe fundamentado no conceito ampliado de saúde e na política de humanização. Ao trabalhar com o conceito ampliado de saúde os profissionais realizarão suas intervenções com visão biopsicossocial construídas no coletivo e não apenas restrito à doença.

O grupo possibilita interação dos participantes, compartilhamento de sofrimentos e angústias, aumento da capacidade de comunicação e cooperação, bem como a busca de soluções coletivas para visualizar o sofrimento psíquico como inerente à vida humana (JORGE, 2017).

As dificuldades na realização de grupo nos casos de violência contra a mulher e grupo de apoio aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas exige dos profissionais de saúde características como a humanização, sensibilidade, respeito e a capacidade de escutar histórias de vida complexa na perspectiva da psicologia positiva para possibilitar feedback construtivo. O grupo pode provocar mudanças de sentimentos, perspectivas, soluções de problemas com reflexões sociológicas acerca das condições de vida no território com as condições de saúde, ou simplesmente, problematiza a questão com foco no indivíduo doente sem articulação com os determinantes sociais da saúde.

A violência remete aos profissionais de saúde, sendo a maioria mulheres, sentimentos, emoções muitas vezes inconsciente, de medo, raiva, compaixão, preocupação e ao mesmo tempo a impossibilidade de lidar com a questão da violência. Já aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas requer um profissional com capacidade de escuta qualificada, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos problemas e superação dos mesmos. De qualquer maneira é necessário um profissional competente e proativo.

Nogueira et al. (2016) descrevem pistas para potencialização de grupos na APS sendo identificado o grupo como remédio, espaço de aprendizado para uma vida saudável e o desenvolvimento da liderança durante a participação nos grupos por quem coordena. O sentimento de “pertencer” a algo, “ser valorizado”, reconhecido pelos seus saberes e necessidades afetivas, sociais e de saúde garante a permanência no grupo.

Na Assistência à Saúde Mental o grupo pode desenvolver práticas para a prevenção de doenças, promoção de saúde ao atender pacientes com diagnósticos diversificados como hipertensão, diabetes, tabagismo, uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, gestantes, cuidadores de pacientes, etc. Os participantes dos grupos adquirem autonomia no cuidado da “doença” e conquista no manejo dessa condição; mudança de comportamento melhorando a qualidade de vida; melhora do conhecimento sobre a doença; viabilização de rede de comunicação junto aos cuidadores; esclarecimento de dúvidas e solução das necessidades dos usuários; manutenção do tratamento e inserção social (MENEZES e AVELINO, 2016; LUCCHESI, 2013; CASSOL, 2012).

A APS no Brasil representa um marco histórico na organização dos serviços na lógica que rompe com a visão apenas “curativa” para desenvolver ações de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde da população. Com essa visão de integralidade modifica-se o modelo assistencial na qual ratificou-se com a implantação da ESF como maneira de reorganização do SUS. Entretanto, o que é observado na prática dos serviços de saúde é a ênfase à assistência curativa, culpabilizando o indivíduo pela “doença” sem considerar os aspectos dos determinantes sociais. Os profissionais não conseguem perceber-se como agente potencializador de mudanças da realidade com visão crítica através da realização de grupos. O grupo é uma estratégia de cuidado à saúde na APS eficiente a partir do momento que os profissionais conseguirem organizar o processo de trabalho priorizando na agenda um espaço para realização de grupos.

Os grupos na APS são espaços que possibilitam o compartilhamento de experiências, saberes e o fortalecimento das relações interpessoais, mas há dificuldades na utilização desta prática em decorrência do modelo biomédico vigente, pois com visão “curativa” não função a realização de grupos.

Outro indicador de saúde mental na APS com baixa frequência é o controle do uso continuado de benzodiazepínicos (8,9%) justificado pelo modelo hegemônico assistencial com foco na medicalização do sofrimento psíquico.

A pessoa a ser diagnosticada com transtorno mental com base em manuais de classificação diagnóstica, na saúde mental o Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders (DSM) em sua última versão DSM V receberá um diagnóstico baseado em comportamentos sem conexão com a vida real do sujeito e a prescrição de medicação denominada na saúde mental de psicotrópicos.

Apenas o diagnóstico e a prescrição de medicamentos negam a complexidade das experiências de sofrimento e adoecimento psíquico. A dificuldade de compreender a subjetividade de cada ser humano com suas experiências psíquicas e a visão reducionista a um sistema classificatório de transtornos mentais cria espaço para a medicalização (SOALHEIRO, RABELLO e MOTA, 2016).

A lógica do modelo biomédico é também presente na saúde mental, assim não é relevante o controle do uso de psicotrópicos como os benzodiazepínicos através de revisões periódicas em equipe. O próprio ser humano com o processo de sofrimento psíquico encontra a solução de seus problemas na pílula mágica, assim comparece na consulta médica com a descrição dos sintomas, a hipótese de diagnóstico e os medicamentos mais utilizados no mercado.

É necessário compreender o transtorno mental como um processo multicausal, experiência de existência associada a elementos sociais e históricos de cada indivíduo, consequentemente entender o transtorno com uma visão mais ampliada trazendo em cena o social, o sofrimento e o adoecimento psíquico antes do rótulo de “transtorno mental”.

Tabela 3 – Frequência Domínio 3 “Assistência à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”

DOMÍNIO 3	INDICADORES	REALIZA N = 157	%
Assistência à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde	1. Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual no atendimento à saúde da mulher.	55	35%
	2. Realização de grupos educativos para gestantes adolescentes.	65	41,4%
	3. Acompanhamento interdisciplinar em caso de detecção de violência contra a mulher na unidade.	61	38,8%
	4. Acompanhamento em grupo os casos de violência contra a mulher.	04	2,6%
	5. Acompanhamento individual das mulheres violentadas conforme protocolo.	20	12,7%
	6. Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos.	26	16,6%
	7. Atendimento e acompanhamento dos pais em caso de detecção de violência contra crianças e adolescentes.	56	35,7%
	8. Atendimento interdisciplinar nos casos de detecção de violência contra crianças e adolescentes.	48	30,6%
	9. Atenção domiciliar aos idosos.	94	59,9%
	10. Identificação e atenção/orientação aos cuidadores de idosos.	72	45,9%
	11. Atendimento e acompanhamento dos cuidadores em caso de detecção de violência contra os idosos.	53	33,8%
	12. Atendimento interdisciplinar nos casos de detecção de violência contra idosos.	59	37,6%
	13. Grupo de apoio aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas.	13	8,3%
	14. Realização de intervenção breve em casos de alcoolismo.	28	17,8%

15.Grupo de apoio aos alcoolistas.	25	15,9%
16.Grupo de apoio aos familiares de alcoolistas.	18	11,5%
17.Realização de Intervenção Breve em casos de uso abusivo de outras drogas.	30	19,1%
18.Grupo de apoio ao usuário/dependente de outras drogas.	25	15,9%
19.Grupo de apoio aos familiares de usuário/dependente de drogas.	19	12,1%
20.Visita domiciliar periódica as pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais para avaliação clínica.	56	35,7%
21.Grupos terapêuticos e de vivência as pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais.	24	15,3%
22.Detecção de queixas as pessoas com sofrimento psíquico/transtornos mentais e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço.	56	35,7%
23.Controle do uso continuado de benzodiazepínicos pelo médico que reavalia os casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado.	28	17,8%
24.Controle do uso continuado de benzodiazepínicos através de revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento.	14	8,9%
25.Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de assistência às pessoas com deficiências.	119	75,8%
26.Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional às pessoas com deficiências.	59	37,6%
TOTAL 26 INDICADORES		

FONTE: QualiAB 2014, Categorização do Domínio3 com os indicadores de Qualidade.

De acordo com análise das frequências de respostas dos serviços de APS quanto a este domínio que focaliza o Trabalho em Rede e Intersetorialidade na área da saúde mental, a maioria das unidades de saúde tem acesso a serviços municipais ou regionais composto Centro de Referência em Assistência Social - CRAS (92,3%), Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (66,2%), Ambulatórios de Especialidades (50,3%), Centro de Referência à Saúde do Trabalhador - CEREST (49,0%), Centro de Referência Especializada em Assistência Social - CREAS (46,5%), Ambulatório Médico de Especialidades - AME (40,1%). Com menor frequência a unidade de saúde tem acesso a Organização Não Governamental – ONG (15,3%), Ações Comunitárias ligada a igrejas (16,6%), Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (24,2%), serviços de atenção à criança (24,2%), serviços de atenção ao Idoso (28,7%) e serviços de atenção à mulher (35,7%).

A Rede em sua composição apresenta relevância com os serviços do SUAS – Sistema Único de Assistência Social como CRAS e CREAS, sendo fundamental a articulação com esses serviços para efetivação do modelo assistencial de cuidado voltado ao psicossocial e não a exclusividade ao biomédico. O SUAS é um grande parceiro e aliado para construção da rede intersetorial. Já na rede de saúde encontramos o CAPS como ponto estratégico e imprescindível para efetivação da saúde mental na APS, sendo que uma de suas atribuições é a realização do apoio matricial. Sem o apoio matricial será muito difícil a implantação,

implementação e a manutenção de ações voltadas à saúde mental, bem como a articulação com os serviços que compõem a rede de saúde e a rede intersetorial.

Poucos serviços realizam ações mais amplas como atividades periódicas em instituições locais como escola, igreja, creche, e outros (40,8%), atividades articuladas com outras secretarias do município na área da educação, meio ambiente, assistência social, esportes, e outros (35,7%), acompanhamento intersetorial em caso de detecção da violência contra crianças e adolescentes (14,6%), apoio ao idoso em Instituições de Longa Permanência (18,5%), acompanhamento intersetorial em caso de detecção de violência contra idosos (11,5%), discussão de casos de pessoas acamadas no domicílio ou instituições com a rede de saúde e rede intersetorial (39,5%).

Na Atenção à Saúde Mental a unidade básica de saúde conta com apoio Municipal ou Regional de grupos, serviços e instituições. Com maior frequência os serviços possuem Centro de Atenção Psicossocial – CAPS para pessoas com transtornos mentais e com necessidades relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas (58,0%), Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório (49,0%), Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com história de uso abusivo de álcool e drogas - CAPS AD (46,5%), Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica (44,6%), Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (41,4%) e grupos de autoajuda como A.A, N.A. (39,5%). Com menor frequência a unidade de saúde conta com Enfermaria Especializada em Hospital Geral (12,7%), Grupos de Igreja (18,5%), Serviço Residenciais Terapêuticos - SRT (19,7%) e Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAP i (29,9%).

O trabalho em rede em saúde e intersetorial é essencial para qualidade da Saúde Mental na APS, porém as unidades de saúde realizam com baixa frequência discussões de casos de alcoolismo ou uso abusivo de outras drogas com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde e intersetorial (35,7%) e articulação com a rede de saúde e rede intersetorial na atenção a pessoas com deficiências – PCD (33,8%).

As pessoas com sofrimento psíquico ou transtornos mentais devem provocar emoções e sentimentos significativos nos profissionais da APS, pois (77,0%) encaminham para serviços especializados e após o diagnóstico, prescrição de psicotrópicos e manutenção do “quadro psicótico” e realizado o seguimento no serviço da APS.

Destaca-se que ações voltadas para o trabalho em rede e intersetorialidade encontra muitas limitações, assim os indicadores de qualidade de saúde mental na APS com frequência

maior de 50,0% são aqueles que indicam que o serviço tem acesso ao dispositivo, mas não que o trabalho é executado em rede. Um deles é a existência de CRAS no município com (92,3%), CAPS (66,2%), ambulatorios de especialidades (50,3%) e encaminhamento de pessoas com sofrimento Psíquico ou transtornos mentais para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade (77,0%).

Os indicadores de menor frequência são o acompanhamento Intersetorial em caso de detecção de violência contra idosos (11,5%); a unidade de saúde ter acesso, contar com o apoio de Enfermaria Especializada em Hospital Geral (12,7%) e acompanhamento Intersetorial em caso de detecção de violência contra crianças e adolescentes (14,6%).

A discussão de casos de violência contra idosos, crianças e adolescentes apresentam dificuldades no próprio processo de investigação nas unidades de saúde da APS e com a própria rede de saúde. O acompanhamento intersetorial, normalmente não é disponibilizado pelos profissionais de saúde, pois afinal de conta “violência” não tem “Cura”, consequentemente não é assunto a ser tratado na APS. A Rede de Saúde e Intersetorial só conseguirá visualizar a violência como uma questão também de saúde, a partir do momento da real implantação do modelo de cuidado voltado ao ser humano como um todo.

Na questão da Enfermaria Especializada em Hospital Geral deveria ser implantada no hospital para ofertar este tipo de cuidado desde a existência da portaria ministerial n. 224, de 1992, que estabelece diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental e no tocante às normas, a mesma nomina "leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral" e determina, resumidamente, que este equipamento ofereça "uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência" (BRASIL, 1992, MACHADO e COLVERO, 2003).

Diante destes pormenores é que a saúde mental é vista fragmentada, sendo que apenas os profissionais da área “psi” são os capacitados para intervir e consequentemente o “corpo” saudável ou doente não é visto como extensão da “mente” ou vice-versa.

O matriciamento promove um “start” para o desenvolvimento do trabalho em rede, se destaca como uma estratégia para construção desta rede de saúde e rede intersetorial buscando articular saberes, práticas e possibilidades para a construção de novas maneiras de abordar questões relacionadas à saúde mental.

A intersetorialidade é uma estratégia de ação que pode contribuir para a promoção da saúde e modificação dos determinantes sociais de saúde. Entretanto o planejamento, monitoramento e avaliação desse tipo de ações é muito frágil, incipiente e um trabalho

interequipe e intersetorial desarticulado. O conceito e a prática da intersetorialidade precisam ser inseridos na rotina de trabalho de todos os profissionais envolvidos, desde aqueles que exercem a função de gestão, gerência e os diretamente envolvidos na assistência. A efetivação da intersetorialidade é colocada pelos profissionais de saúde como um desafio na garantia da execução de políticas sociais que respondam as necessidades dos usuários, porém há divergência entre o proposto legalmente, normativamente e o instituído na prática (NUNES, JUCÁ e VALENTIM, 2007; SILVA e TAVARES, 2016).

bAo construir o trabalho em rede intersetorialmente e entre os próprios serviços da rede de saúde avançamos no modelo psicossocial do cuidado, na integralidade da atenção, na mobilização da população para participação social, na territorialidade para conhecer as reais necessidades da população e na realização de ações coletivas para promoção de saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação biopsicossocial.

Tabela 4 – Frequência Domínio 4 “Trabalho em Rede e Intersetorialidade na Atenção Primária em Saúde”

DOMÍNIO 4	INDICADORES	REALIZA N = 157	%
Trabalho em Rede e Intersetorialidade.	1. Rede de serviços composta por NASF	38	24,2%
	2. Rede composta por equipes multiprofissionais	42	26,7
	3. Rede de serviços composta por CRAS	145	92,3%
	4. Rede de serviços composta por CREAS	73	46,5%
	5. Rede composta por CAPS	104	66,2%
	6. Rede composta por serviços de atenção ao idoso	45	28,6%
	7. Rede composta por serviços de atenção à criança	38	24,2%
	8. Rede composta por serviços de atenção à mulher	56	35,7%
	9. Rede composta por ambulatorios de especialidades	79	50,3%
	10. Rede composta por AME	63	40,1%
	11. Rede composta por CEREST	77	49,0%
	12. Rede composta por ONG	24	15,3%
	13. Rede composta por ações comunitárias ligadas a igrejas	26	16,6%
	14. Ações de Educação em Saúde em instituições locais como escola, creche...	64	40,8%
	15. Ações de Educação em Saúde articuladas com outras secretarias municipais	56	35,7%
	16. Acompanhamento Intersetorial em caso de detecção de violência contra crianças e adolescentes	23	14,6%
	17. Apoio aos idosos em Instituições de Longa Permanência	29	18,5%
	18. Acompanhamento Intersetorial em caso de detecção de violência contra idosos	18	11,5%
	19. Discussão de casos de pessoas acamadas com a rede como CRAS...	62	39,5%
	20. Apoio de grupos de autoajuda	62	39,5%
	21. Apoio de grupos de igreja	29	18,5%
	22. Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica	70	44,6%
	23. Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório	77	49,0%
	24. CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas	73	46,5%

25. CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil	47	29,9%
26. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos mentais graves e dependência de álcool e drogas	91	58,0%
27. SRT – Serviço Residencial Terapêutico	31	19,7%
28. Enfermaria Especializada em Hospital Geral	20	12,7%
29. Serviço Hospitalar de Referência na área de Saúde Mental	65	41,4%
30. Discussão de casos de alcoolismo com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde	56	35,7%
31. Discussão de casos de uso abusivo de outras drogas	56	35,7%
32. Encaminhamento de pessoas com sofrimento Psíquico ou transtornos mentais para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade	121	77,0%
33. Articulação com rede de saúde na atenção à pessoas com deficiência	53	33,8%
TOTAL 33 INDICADORES		

FONTE: QualiAB 2014, Categorização do Domínio3 com os indicadores de Qualidade.

4.3 Análise dos Serviços com Melhor Desempenho na Área da Saúde Mental

De acordo com a resposta aos indicadores eleitos, a pontuação máxima de um serviço seria 140 (resposta afirmativa ao conjunto de indicadores). Pode-se observar diferenças regionais em relação às pontuações máximas auferidas, considerando-se um corte de 50% ou mais: na Região de Saúde de Bauru os valores máximos alcançados foram observados em sete serviços com pontuação - 73, 76, 78, 81, 82, 94 e 117; na Região de Saúde Pólo Cuesta, em oito serviços – 78, 80, 82, 84, 89, 101, 102 e 109; a Região de Saúde do Vale Jurumirim em seis serviços – 71, 74, 76, 87, 88 e 96; e a Região de Saúde de Lins também em cinco serviços -73, 74, 91, 118 e 129.

Dos 157 serviços que foram analisados os 140 indicadores de saúde mental na APS, a maioria pontuou de 30 a 60 indicadores, no total de sessenta e seis (66) serviços. Cinquenta e um (51) serviços pontuaram de 0 a 30 indicadores, trinta e um (31) serviços pontuaram de 60 a 90 indicadores e apenas nove (09) serviços pontuaram de 90 a 140 indicadores. Pela baixa pontuação dos indicadores de saúde mental tomamos como referência ter um bom desempenho nesta área a realização de pelo menos cinquenta por cento (50%) dos cento e quarenta indicadores (140).

Os serviços que realizaram mais que cinquenta por cento (50%) dos cento e quarenta indicadores selecionados como importantes para qualificação da Saúde Mental na APS, ou seja, pontuaram de 70 a 140 indicadores, são apenas **26 serviços** que realizam ações de promoção, prevenção, assistência e o desenvolvimento do trabalho em rede e intersetorialidade. Esses serviços estão em todos os domínios e realizam ações nas áreas mencionadas. Entretanto os serviços com melhores desempenho no Domínio 1 “Promoção da

Saúde Mental”, 26 serviços realizam média de (54,4%); no Domínio 2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”, 18 serviços realizam média de (83,0%); no Domínio 3 “Assistência à Saúde Mental na APS”, 18 serviços realizam média (67,3%) e no Domínio 4 “Trabalho em Rede e Intersetorialidade”, 20 serviços realizam média (71,1%).

Nos domínios 1, 2 e 4, Promoção da Saúde Mental, Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental e Trabalho em Rede e Intersetorialidade, a maioria dos serviços estão no cluster 3, demonstrando que questões relacionadas à Saúde Mental não estão sendo efetivadas na prática destes serviços. Já o domínio 3 que abrange a Assistência à Saúde Mental na APS está no cluster 5, consequentemente dos 157 serviços, 59 serviços estão no cluster de pior qualidade no atendimento desta demanda com média de (10,0%).

Tabela 5 – Descrição dos 26 serviços da APS com melhor desempenho na área da Saúde Mental na APS

Unidade	Pontuação total em 140 indicadores	Dom 1 Total 28 indicadores (%)	Dom 2 Total 53 indicadores (%)	Dom 3 Total 26 indicadores (%)	Dom 4 Total 33 indicadores (%)
USF 1	129	27 - (96,4%)	52 - (98,1%)	23 - (88,5%)	27 - (81,8%)
USF 2	118	15 - (53,6%)	52 - (98,1%)	25 - (96,1%)	26 - (78,8%)
USF 3	117	25 - (89,3%)	50 - (94,3%)	17 - (65,4%)	25 - (75,7%)
USF 4	109	15 - (53,6%)	51 - (96,2%)	17 - (65,4%)	26 - (78,8%)
USF 5	102	17 - (60,7%)	48 - (90,6%)	19 - (73,1%)	18 - (54,5%)
USF 6	101	15 - (53,6%)	43 - (81,1%)	16 - (61,5%)	27 - (81,8%)
USF 7	96	13 - (46,4%)	45 - (84,9%)	20 - (76,9%)	18 - (54,5%)
USF 8	94	18 - (64,3%)	36 - (67,9%)	14 - (53,8%)	26 - (78,8%)
UBS 1	91	16 - (57,1%)	40 - (75,5%)	14 - (53,8%)	21 - (63,6%)
UBS 2	89	12 - (42,8%)	43 - (81,1%)	13 - (50,0%)	20 - (60,6%)
USF 9	87	11 - (39,3%)	48 - (90,6%)	15 - (57,7%)	13 - (39,4%)
USF 10	88	05 - (17,8%)	46 - (86,8%)	17 - (65,4%)	20 - (60,6%)
UBS 3	84	10 - (35,7%)	34 - (64,1%)	16 - (61,5%)	24 - (72,7%)
UBS 4	82	16 - (57,1%)	35 - (66,0%)	18 - (69,2%)	13 - (39,4%)
USF 11	82	09 - (32,1%)	35 - (66,0%)	14 - (53,8%)	24 - (72,7%)
USF 12	81	13 - (46,4%)	37 - (69,8%)	09 - (34,6%)	22 - (66,7%)
USF 13	80	08 - (28,6%)	40 - (75,5%)	12 - (46,1%)	20 - (60,6%)
USF 14	78	13 - (46,4%)	38 - (71,7%)	07 - (26,9%)	20 - (60,6%)
USF 15	78	03 - (10,7%)	35 - (66,0%)	13 - (50,0%)	27 - (81,8%)
USF 16	76	07 - (25,0%)	41 - (77,3%)	17 - (65,4%)	11 - (33,3%)
USF 17	76	11 - (39,3%)	33 - (62,3%)	15 - (57,7%)	17 - (51,5%)
USF 18	74	11 - (39,3%)	36 - (67,9%)	17 - (65,4%)	10 - (30,3%)
USF 19	74	09 - (32,1%)	32 - (60,4%)	12 - (46,1%)	21 - (63,6%)
USF 20	73	09 - (32,1%)	39 - (73,6%)	15 - (57,7%)	10 - (30,3%)
USF 21	73	21 - (75,0%)	26 - (49,0%)	08 - (30,8%)	18 - (54,5%)
UBS 5	71	12 - (42,8%)	33 - (62,3%)	17 - (65,4%)	09 - (27,3%)

Fonte: Banco de Dados do QualiAB 2014

Há muitas dificuldades para incorporar ações de Saúde Mental na APS, pois além de várias atribuições dos serviços, excesso de demanda, déficit de profissionais de saúde, há a hegemonia do modelo assistencial voltado à doença e a cura da mesma.

A partir dessa análise pode ser observado que no geral quando identificado os serviços de APS que se apresentam nos clusters com melhores médias (clusters 1) pode ser verificado que a maioria dos serviços que estão agrupados no melhor cluster para o domínio 1 também demonstram mesmo desempenho na realização de um escopo maior de ações nos domínios 2, 3 e 4. Já os serviços de APS que estão apresentados nos clusters com menores médias para cada um dos domínios, há uma tendência de ser os mesmos serviços.

Percebemos que o Domínio 1 “Promoção da Saúde Mental na APS” apresentam os serviços com indicadores em maior quantidade abaixo de 50%, ou seja, dos 26 serviços com melhor desempenho, 16 serviços estão nesta condição. No Domínio 4 “Trabalho em Rede e Intersetorialidade”, 06 serviços estão com desempenho abaixo de 50%. No Domínio 3 “Assistência à Saúde Mental”, 05 serviços estão abaixo de 50%. No Domínio 2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental” apenas 01 serviço apresentou desempenho abaixo de 50%.

Os serviços com melhores desempenhos acompanham a lógica da “doença”, assim promoção da saúde parece algo que não pertence as unidades da APS, sendo a área da saúde local privilegiado e necessário abordar “doenças” e não “saúde”. A promoção de saúde mental é prejudicada em decorrência do modelo hegemônico reducionista e biológico predominante, e a necessidade das pessoas em decorrência deste modelo, sendo que a oferta exigida pela população a consulta médica, diagnóstico, solicitação exames e prescrição de medicamentos.

Ao analisarmos alguns indicadores, na qual denominamos de “Variáveis Descritivas”, utilizamos a lógica de avaliação envolvendo estrutura e processo de trabalho. Indicadores envolvendo estrutura, ou seja, recursos financeiros, imobiliários, humanos, técnico, informacionais, equipamentos, material de consumo, entre outros são essenciais para o desenvolvimento de ações de saúde mental qualificadas. Dos 26 serviços com melhor desempenho analisamos como **indicador descritivo a unidade de saúde possuir sala para realização de atividades educativas e grupos**, tendo em vista a realização de atividades educativas estarem nos domínios de Promoção da Saúde Mental e de Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental, e a realização de grupos no domínio da Assistência à Saúde Mental. Apenas cinco (05) serviços com melhor desempenho declararam não possuir sala para o desenvolvimento de atividades educativas e grupos e vinte e um (21) possuem sala destinada a este tipo de ação.

Seguindo a lógica acima outro indicador descritivo analisado é o **serviço ter disponível veículo para uso da unidade**, sendo que esse recurso também influencia na qualidade do desenvolvimento de ações qualificadas na área da saúde mental. **Dos 26 serviços com melhor desempenho, dezoito (18) possuem veículos e oito (08) não possuem veículos.** A unidade da APS ter disponível um veículo facilita à realização de visitas domiciliares, cuidado às pessoas acamadas, busca ativa de faltosos e daqueles que necessitam de atenção diante da vulnerabilidade e risco focalizando um modelo norteado por uma visão ampliada de saúde envolvendo promoção, prevenção, assistência e reabilitação biopsicossocial.

Os 26 serviços com melhores desempenho na área da saúde mental utilizam os dados epidemiológicos para gestão municipal e os serviços de saúde para o planejamento de ações locais de saúde. Os dados epidemiológicos são essenciais no planejamento das ações em saúde, pois podem refletir na prevenção de doenças e promoção da saúde da população, e na criação de estratégias assistenciais de acordo com as necessidades de saúde do território.

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei Orgânica da Saúde como um conjunto de atividades que utiliza da informação para conhecer o comportamento, história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças (BRASIL, 2009b).

Outro indicador descritivo analisado nos 26 serviços com bom desempenho na área da saúde mental é em **que dimensões as avaliações realizadas resultaram em modificações na unidade. Vinte e um (21) serviços referem que a avaliação possibilitou modificações no gerenciamento e na organização da assistência, dois (02) modificação na organização da assistência, dois (02) referem não haver modificações e um (01) não participou de nenhuma avaliação anterior.**

Segundo Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz e Denis (2011, p. 44),

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

A partir deste conceito não há como os serviços da APS participarem de processos avaliativos sem ter como objetivo principal a realização de ações, mudanças necessárias para o alcance da qualidade das atividades desenvolvidas.

Os principais assuntos abordados pelos serviços com melhor desempenho são: informes; rotinas da unidade; organização do trabalho envolvendo avaliação, planejamento e implantação de novas ações; atualizações técnicas. Os assuntos menos discutidos foram os conflitos interpessoais e a discussão de casos.

Os trabalhadores da saúde atuam na produção do cuidado com base em seus núcleos de saberes e atribuições específicas. Nas intervenções o trabalhador aciona as práticas e os saberes específicos, e o núcleo das atividades cuidadoras de saúde, campo dos processos relacionais (MERHY, 2002; NOGUEIRA e PONTES, 2017).

No cotidiano dos profissionais de saúde encontramos a dimensão relacional, cuidadora muito reduzida e tensionada, ou seja, o modelo assistencial evidenciado é aquele com foco no “corpo doente”, biomédico. Os conflitos interpessoais entre os trabalhadores de saúde e a discussão de caso são temas mais relevantes no modelo psicossocial, assim justifica serem menos abordados nas reuniões de equipe.

Em decorrência do modelo hegemônico biomédico, a gerência do serviço de saúde é exercida por enfermeiros em vinte (20) serviços, um (01) por assistente social, dois (02) diretamente gerenciada pelo Secretário de Saúde do Município, dois (02) por outro profissional não especificado e um (01) refere não ter gerente.

Os principais obstáculos a serem vencidos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde nesses serviços são: excesso de demanda; falta de contra referência por parte dos serviços especializados; falta de retaguarda dos serviços especializados para referência; falta de recursos humanos e inadequação da postura dos usuários.

Apesar desses vinte e seis (26) serviços terem um bom desempenho na área da Saúde Mental na APS ao realizarem ações em casos de alcoolismo apenas quatro (04) serviços não encaminham os casos aos serviços especializados, e vinte e dois (22) encaminham os casos de alcoolismo. No mesmo raciocínio, as ações realizadas em casos de uso abusivo de outras drogas em vinte e quatro (24) serviços são encaminhados para serviços especializados e dois (02) não encaminham. Com relação as ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais a maioria dos serviços se autoavaliaram pontuando o item “Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade” vinte e três (23) vezes e no item “Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço” dezessete (17) vezes. Dois (02) dos 26 serviços não fazem essas ações. Aqui fica explícito a lógica do encaminhamento ao lidar com ações que os profissionais de saúde julgam não ser da área da APS.

Ao analisarmos os serviços com melhor desempenho na área da Saúde Mental no Domínio 1 “Promoção da Saúde Mental”, Domínio 2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental”, Domínio 3 “Assistência à Saúde Mental” e Domínio 4 “Trabalho em Rede e Intersetorialidade” verificamos que os serviços estão aquém dos princípios e diretrizes nacionais e internacionais preconizados para área da Saúde Mental na APS.

4.4 Grupos de Qualidade dos Serviços de APS na Atenção à Saúde Mental

O agrupamento por k-médias, descrito no item plano para análises dos dados, obtido a partir dos domínios que compõem a avaliação, com a definição de cinco clusters, reconhecidos na análise dos dados como 1, 2, 3, 4 e 5, refletindo grupos de qualidade que diferenciam-se entre si, contudo possuem grande homogeneidade interna, que demonstra o desempenho dos serviços quanto a realização de ações na atenção às pessoas com transtornos mentais, uso abusivo de SPA e sofrimento psíquico.

Os grupos de qualidade (clusters) serão observados a partir da análise por k-médias de cada domínio separadamente, aonde cada serviço de APS é representado no ponto de intersecção de sua distância em relação à média para cada domínio “Promoção da Saúde Mental na APS” (Dom1), “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde” (Dom2), “Assistência à Saúde Mental na APS” (Dom3) e “Trabalho em Rede e Intersetorialidade”.

Os gráficos a partir de boxplot representam cada grupo de qualidade (clusters) conforme o desempenho dos serviços de APS no conjunto de cada domínio, de maneira que os quadrados situados ao centro de cada box refletem a mediana e os extremos os valores máximo e mínimo. Os clusters estão representados em ordem decrescente de 1 a 5, ou seja, do agrupamento dos serviços com maiores médias para os de menores, para todos os domínios.

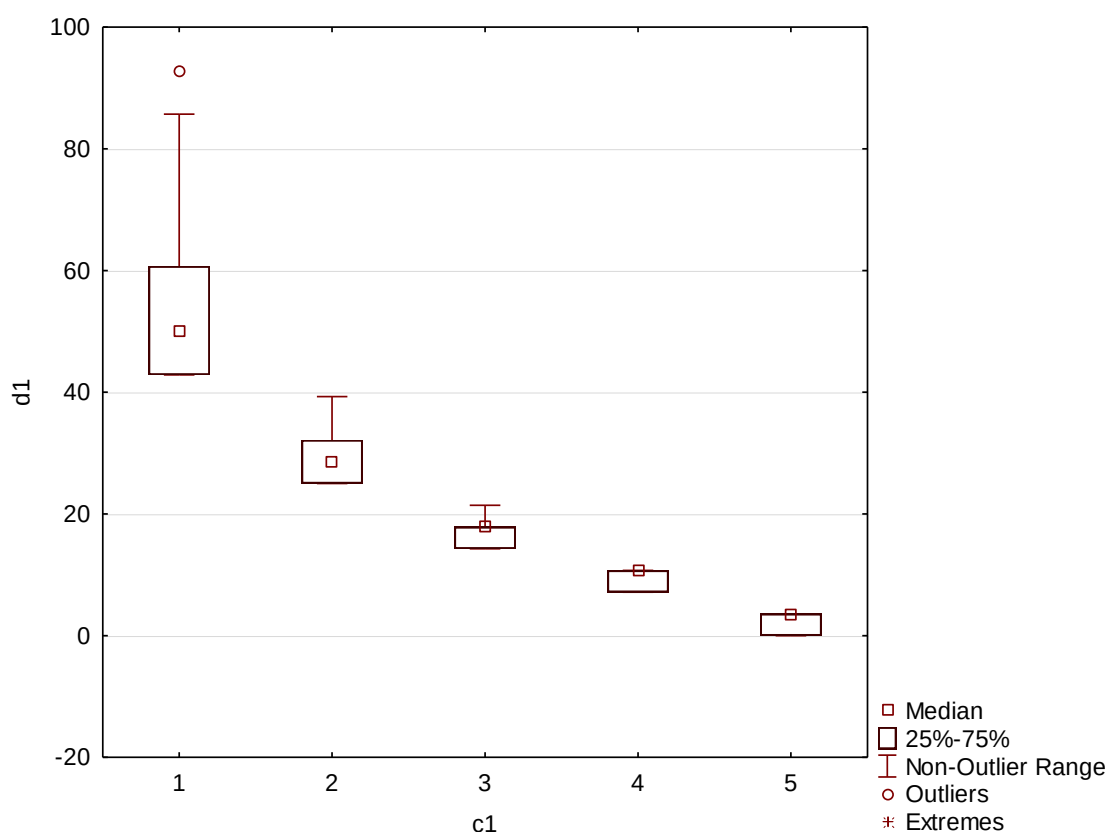


Gráfico 1 – Representação dos grupos de qualidade (clusters), em relação ao seu desempenho médio sobre o **Dom.1 “Promoção da Saúde Mental na APS”**, conforme agrupamento por K-médias.

FONTE: QualiAB 2014, a autora

De acordo com os grupos de qualidade (clusters) sobre o domínio 1 ordenados a partir das maiores médias para os de menores, no cluster 1 estão agrupados os serviços de APS com média de (54,4%), em seguida o cluster 2 com média de (30,41%), logo após o cluster 3 com média de (16,9%), o cluster 4 com a média em (9,2%) e os serviços com menores médias obtidas no quadro de indicadores de qualidade que compõem este domínio o cluster 5 com média em (2,6%), podem ser verificadas as descrições quanto aos números de serviços, desvios-padrão, medianas e valores máximos e mínimos para cada cluster na tabela 4.

O gráfico 2 representa os grupos de qualidade (clusters) para o Dom.2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde” a partir do desempenho dos serviços de APS sobre o conjunto de indicadores de qualidade distribuídos nesse domínio.

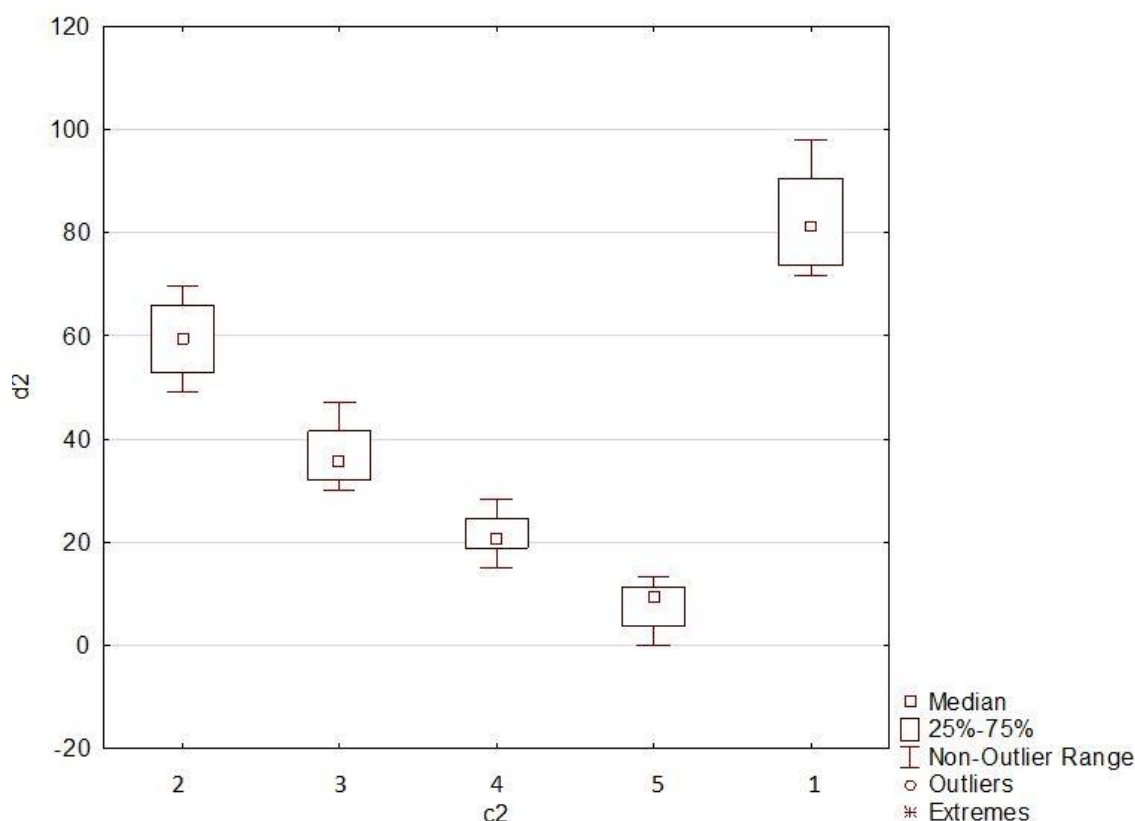


Gráfico 2 – Representação dos grupos de qualidade (clusters), em relação ao seu desempenho médio sobre o Dom.2 “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na APS”, conforme agrupamento por K-médias.

FONTE: QualiAB 2014, a autora

Conforme os grupos de qualidade (clusters) sobre o domínio 2, pode ser identificado que no cluster 1 estão agrupados os serviços de APS com as médias mais elevadas (83,0%), ou seja, demonstram maior desempenho no desenvolvimento de ações que compõem esse domínio, em seguida o cluster 2 com média de (59,3%), logo após o cluster 3 com média de (37,1%), o cluster 4 com a média em (21,6%) e os serviços com menores médias no cluster 5 com média em (7,8%). As descrições quanto aos números de serviços, desvios-padrão, medianas e valores máximos e mínimos para cada cluster constam na tabela 4.

No gráfico 3 estão demonstrados os grupos de qualidade (clusters) para o dom 3. “Assistência à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde” sobre o conjunto de indicadores de qualidade distribuídos no Domínio 3.

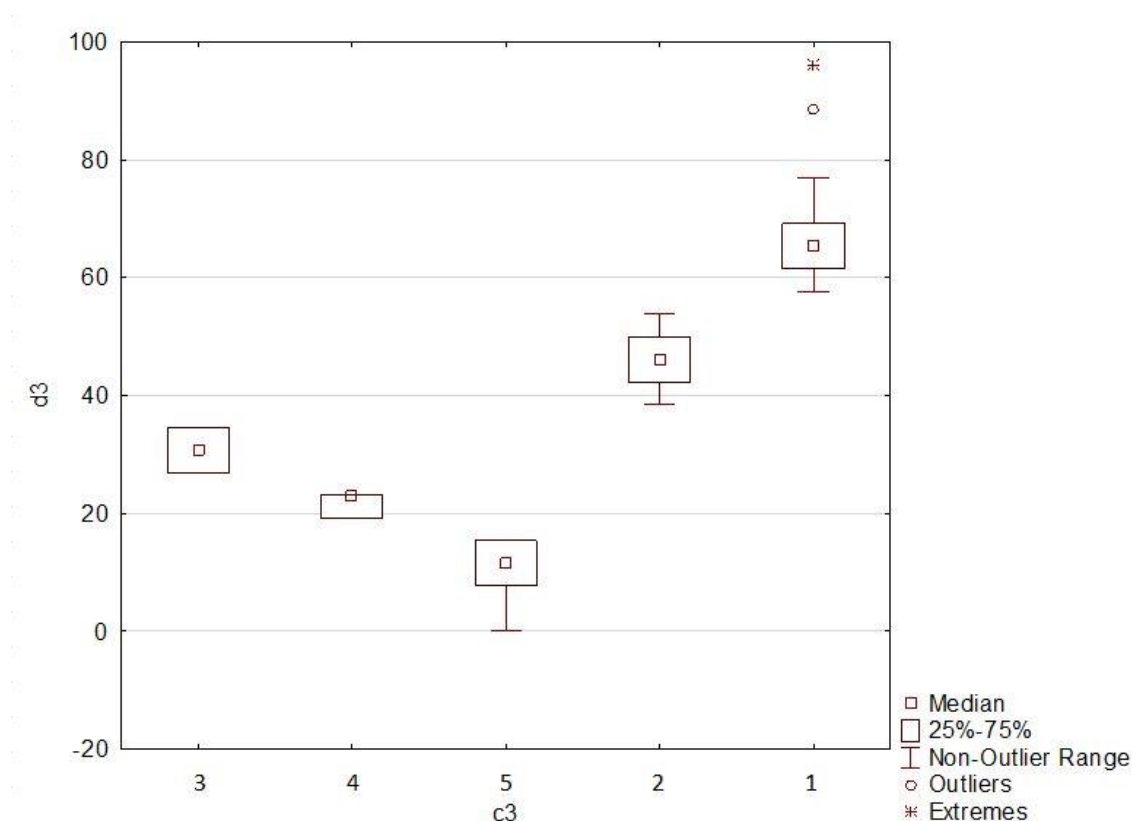


Gráfico 3 – Representação dos grupos de qualidade (clusters), em relação ao seu desempenho médio sobre o **Dom.3 “Assistência à Saúde Mental na APS”**, conforme agrupamento por K-médias.

FONTE: QualiAB 2014, a autora

Conforme os grupos de qualidade (clusters) sobre o domínio 3, pode ser identificado que no cluster 1 estão agrupados os serviços de APS com as médias mais elevadas (67,3%), ou seja, demonstram maior desempenho no desenvolvimento de ações que compõem esse domínio, em seguida o cluster 2 com média de (46,0%), logo após o cluster 3 com média de (30,5%), o cluster 4 com a média em (21,7%) e os serviços com menores médias no cluster 5 com média em (10,0%). As descrições quanto aos números de serviços, desvios-padrão, medianas e valores máximos e mínimos para cada cluster constam na tabela 4

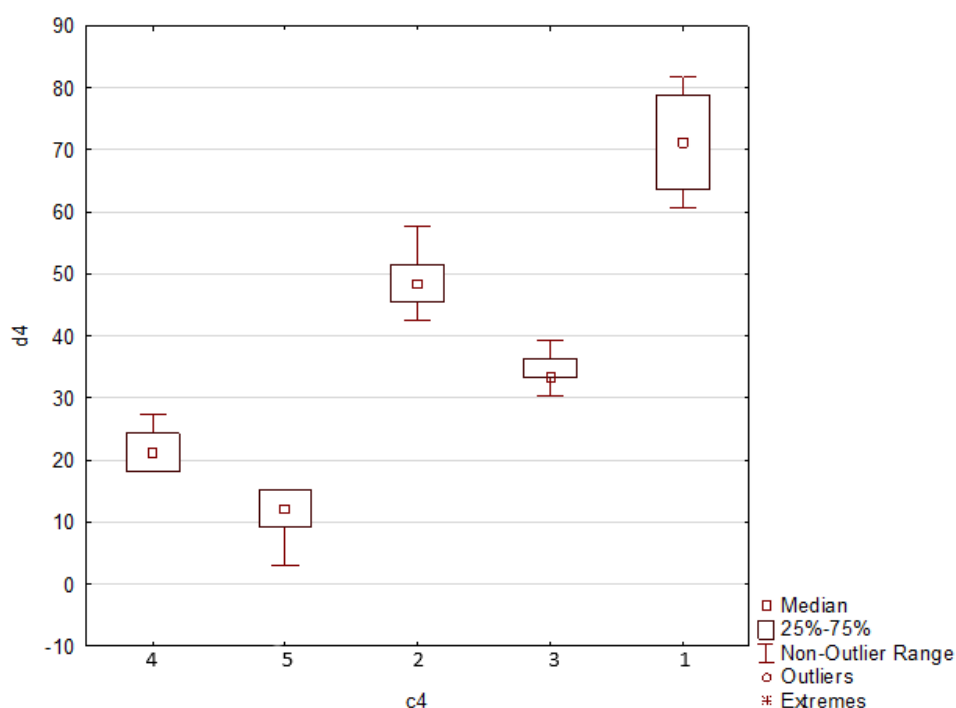


Gráfico 4 – Representação dos grupos de qualidade (clusters), em relação ao seu desempenho médio sobre o **Dom.4 “Trabalho em Rede e Intersetorialidade na APS”**, conforme agrupamento por K-médias.

FONTE: QualiAB 2014, a autora

De acordo com os grupos de qualidade (clusters) sobre o domínio 4, pode ser identificado que no cluster 1 estão agrupados os serviços de APS com médias mais elevadas (71,1%), ou seja, demonstram maior desempenho no desenvolvimento de ações que compõem esse domínio, em seguida o cluster 2 com média de (48,6%), em seguida o cluster 3 com média de (34,4%), o cluster 4 com a média de (21,9%) e os serviços com menores média no cluster 5 com média de (11,4%). As descrições quanto aos números de serviços, desvios-padrão, medianas e valores máximos e mínimos para cada cluster constam na tabela 4.

Tabela 6 – Descrição dos grupos de qualidade (clusters) em relação ao desempenho médio de cada domínio, dos serviços de APS (N=157) da RRAS 09, 2014.

Domínios	Clusters	n	Média	Mediana	DP ¹	Máx	Mín
Promoção da Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde. (Dom.1)	1	26	54,4	50,0	13,3	92,9	42,9
	2	37	30,4	28,6	4,4	39,3	25,0
	3	49	16,9	17,9	2,5	21,4	14,3
	4	30	9,2	10,7	1,8	10,7	7,1
	5	15	2,6	3,6	1,6	3,6	0,0
Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde. (Dom.2)	1	18	83,0	81,1	9,6	98,1	71,7
	2	26	59,3	59,4	6,6	69,8	49,1
	3	44	37,1	35,8	5,2	47,2	30,2
	4	42	21,6	20,7	4,1	28,3	15,1
	5	27	7,8	9,4	3,9	13,2	0,00
Assistência à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde. (Dom.3)	1	18	67,3	65,4	10,6	96,1	57,7
	2	20	46,0	46,1	5,4	53,8	38,5
	3	35	30,5	30,8	2,9	34,6	26,9
	4	25	21,7	23,1	1,9	23,1	19,2
	5	59	10,0	11,5	4,3	15,4	0,0
Trabalho em Rede e Intersetorialidade. (Dom. 4)	1	20	71,1	71,2	7,8	81,8	60,6
	2	39	48,6	48,5	4,7	57,6	42,4
	3	41	34,4	33,3	3,2	39,4	30,3
	4	40	21,9	21,2	3,0	27,3	18,2
	5	17	11,4	12,1	3,5	15,1	3,0

n: número de serviços de APS/ Máx: máximo/ Mín: mínimo/DP¹: desvio-padrão

De acordo com a análise sobre o Domínio 1, pode ser observado na tabela acima, que os serviços de atenção primária estão bem distribuídos nos diferentes clusters, contudo o cluster 3 agrupa o maior número de serviços (49) se comparado aos demais, com a média em torno de (16,9%) demonstrando realização de poucas ações do conjunto de indicadores que formam o domínio 1 que abarca indicadores de qualidade sobre ações de promoção à saúde mental. Ainda sobre os dados acima, apenas o cluster 1 abrangendo (26) serviços desenvolvem atividades mais qualificadas nessa área, com a média (54,4%).

Conforme análise do domínio 2, pode ser evidenciado na tabela que a maior parte dos serviços de APS investigados encontram-se no cluster 3 (44) com média de (37,1%), que demonstra que esses serviços realizam menos da metade dos indicadores que compõem o domínio 2. Ressalta-se que neste domínio o cluster 5 que representa o agrupamento dos serviços de APS com menores médias, possui uma quantidade pequena de serviços nessa

condição (27) em analogia com o domínio 3 (59 serviços), e quanto aos cluster 1 que representa o conjunto de serviços com maiores médias se comparado aos clusters de melhor desempenho dos demais domínios, aqui há o menor número de serviços (18) agrupados, igualmente no Domínio 3 da Assistência à Saúde Mental na APS.

Quanto ao domínio 3 a partir da análise da tabela acima, pode ser comprovado que o cluster com maior quantidade de serviços de APS agrupados foi o cluster 5 (59) que possui média de (10,0%) demonstrando que esses serviços realizam poucos indicadores que compõem o domínio 3, assim praticamente não realizam ações assistenciais voltada à saúde mental.

O Domínio 4 que analisa questões relacionadas ao Trabalho em Rede e Intersetorialidade, pode ser ressaltado na tabela que a maior parte dos serviços de APS investigados encontram-se no cluster 3 (41) com média de (34,4%), na qual demonstra que esses serviços realizam poucos indicadores que compõem esse domínio. Neste domínio foram selecionados 33 indicadores, sendo que o serviço com melhor desempenho realiza 27 indicadores. Ressalta-se que neste domínio o cluster 1 que representa o agrupamento dos serviços com maiores médias, apenas 20 serviços realizam indicadores de qualidade de Saúde Mental na APS enfatizando o trabalho em rede e intersetorialidade.

De acordo com as associações resultantes da aplicação do teste de regressão logística múltipla quanto ao quadro geral de indicadores avaliados, ou seja, análise para cada domínio separadamente, a partir do agrupamento dos serviços de APS sobre os diferentes clusters, apresentar-se-á as análises sobre os cinco clusters (1, 2, 3, 4 e 5), respeitando a ordem decrescente em relação às médias obtidas referente às análises por k-médias.

Pode ser observado que quanto ao domínio 1 composto por indicadores de qualidade sobre promoção à saúde mental, ressalta-se as associações obtidas sobre o cluster 1, que reflete o conjunto de serviços com melhores desempenhos neste domínio, demonstrando que as unidades caracterizadas como UBS com PACS tiveram 4,9 mais chances em pertencer a este grupo de qualidade; realizar levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de estudos na comunidade aumenta em 5,6 vezes as chances em pertencer a este grupo de qualidade; participar de processo avaliativo organizado pela unidade aumenta em 4,3 vezes mais chances em pertencer a este cluster; realizar reuniões de equipe semanais no último ano aumenta em 5,6 vezes mais chances de pertencer ao grupo de melhor qualidade na questão de promoção de saúde mental na APS.

Ressalta-se que o serviço ao ser caracterizado como Unidade Básica Tradicional aumenta em 4,5 vezes a chance deste serviço estar no grupo de pior qualidade e não participar

de processos avaliativos aumenta em 5,5 vezes a chance da unidade de saúde pertencer ao grupo de pior qualidade nas ações relacionadas a promoção da saúde mental na APS.

Os demais clusters e suas respectivas variáveis associativas e os valores de Odds Ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC) constam na tabela 6.

Tabela 7 – Chance dos diferentes grupos de qualidade sobre o **Dom.1“Promoção da Saúde Mental na APS”** relacionar-se a cada variável explanatória, serviços de APS (N = 157), Botucatu, 2017.

Clusters	Variáveis	OR*	IC*95%
1	Caracterização como UBS com PACS	4,9	1,0 – 23,1
	Levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de estudos na comunidade.	5,5	1,4 – 22,0
	Participar de Processo Avaliativo organizado pela UBS.	4,3	1,4 - 12,8
	Reuniões de equipe no último ano semanalmente.	5,6	1,9 - 15,9
2	UBS com ESF	6,2	1,6 - 23,5
	Utilização dos dados da produção assistencial pela unidade e pela gestão municipal para orientar e planejar ações	6,8	1,3 – 34,8
	Participar de Processo Avaliativo AMAQ	2,4	1,1 – 5,3
3	Não realizar Matriciamento por meio de Equipe Multiprofissional.	3,1	1,3 – 7,3
4	Não realizar reuniões de equipe no último ano semanalmente.	3,8	1,4 – 10,6
5	Serviço caracterizado como UBS Tradicional	4,5	1,4 – 14,1
	Não participar de Processo Avaliativo organizada pela gestão municipal.	5,5	1,2 – 26,3

Conforme as associações obtidas para o domínio 2 composto por indicadores de qualidade sobre ações de prevenção de agravos e problemas de saúde mental, destaca-se o **cluster 1**, que reflete o agrupamento dos serviços da APS com **melhores desempenhos** para o conjunto de indicadores avaliados, evidenciou que **participar de processo autoavaliativo nos últimos três** (3) anos aumenta em 9,5 vezes mais chances de permanecer neste grupo. O relacionamento predominante da unidade com o nível central, ou melhor com a secretaria de saúde, **através de reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada** aumenta em 4,7 vezes mais chances em estar neste cluster. **Realizar reuniões de equipe no último ano semanalmente** aumenta o serviço em 30,3 vezes mais chances de pertencer a este grupo de qualidade.

Destaca-se as relações obtidas para o **cluster 5**, que reflete o conjunto de serviços de APS com **menores desempenhos** quanto ao quadro de indicadores avaliados no domínio de “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental”, salientando que não realizar reuniões de equipe semanalmente no último ano aumenta em 7,0 vezes mais chances dos serviços em

pertencer a este grupo de qualidade. A unidade de saúde ser caracterizada como Unidade Básica Tradicional aumenta em 3,9 vezes mais chances em pertencer a este cluster. Os demais clusters e suas respectivas variáveis associativas e os valores de Odds Ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC) constam na tabela 6.

Tabela 8 – Chance dos diferentes grupos de qualidade sobre o Dom.2 “**Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde**” relacionar-se a cada variável explanatória, serviços de APS (N = 157), Botucatu, 2017.

Clusters	Variáveis	OR*	IC*95%
1	Participação de processos avaliativos nos últimos 3 anos através do AMAQ	9,5	2,5 – 36,4
	Relacionamento da unidade com o nível central por meio de reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada.	4,7	1,2 – 18,4
	Reuniões de equipe no último ano semanalmente.	30,3	3,7 – 250,0
2	Utilização dos dados da produção assistencial pela gestão municipal	4,3	1,2 -15,3
	Levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de estudos na comunidade.	6,6	1,7 – 25,9
	Participação de avaliações organizadas por instituições	22,0	2,7 – 178,2
	Reuniões de equipe no último ano semanalmente.	4,7	1,7 – 13,0
3	UBS com equipe de Saúde da Família.	4,0	1,3 -12,2
4	Área de abrangência da unidade definida por meio de planejamento participativo.	2,3	1,0 – 5,3
	Não utilização das avaliações como desdobramento para planejamento e reprogramação das atividades.	4,5	1,4 -13,9
	Não realizar reuniões de equipe no último ano semanalmente.	4,3	1,7 – 10,9
5	Caracterização da unidade como UBS Tradicional.	3,9	1,5 – 10,0
	Não realizar reuniões de equipe no último ano semanalmente.	7,0	1,5 – 31,2

*OR: Odds Ratio/ *IC: Intervalo de Confiança

Conforme análise das associações obtidas para domínio 3 composto por indicadores de qualidade sobre assistência à saúde mental na APS, ressalta-se o cluster 1, que reflete o agrupamento de serviços de APS com melhores desempenhos no quadro de indicadores avaliados, demonstrando que discutir os casos de pessoas acamadas em instituições ou domicílio com a rede aumenta em 18,6 vezes mais chances dos serviços em pertencer a este grupo de qualidade. Realizar acompanhamento intersetorial em caso de detecção de violência contra os idosos, mostrou 7,1 vezes mais chances e promover apoio aos idosos em instituições de longa permanência, possui 6,2 vezes mais chances em pertencer ao cluster 1.

Ressalta-se ainda sobre o domínio 3 o cluster 5, que reflete o agrupamento dos serviços de APS com menores desempenhos sobre o conjunto de indicadores avaliados demonstrando que não ter como caracterização do serviço equipe de saúde da família possui

3,2 vezes mais chances em pertencer a este grupo de qualidade e não realizar reuniões de equipe semanalmente no último ano mostrou 4,9 vezes mais chances em compor este cluster. Os demais clusters e suas respectivas variáveis associativas e os valores de Odds Ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC) constam na tabela 7.

Tabela 9 – Chance dos diferentes grupos de qualidade sobre o **Dom.3 “Assistência à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”** relacionar-se a cada variável explanatória, serviços de APS (N = 157), Botucatu, 2017.

Clusters	Variáveis	OR*	IC*
1	Unidade caracterizada como USF.	5,1	1,5 – 16,7
	Planejamento e reprogramação das atividades com participação da equipe como desdobramento das avaliações.	3,8	1,3 – 10,9
2	Unidade não ser caracterizada como UBS tradicional.	6,2	1,4 – 27,8
3	Participação de processos avaliativos nos últimos 3 anos organizados por instituições	6,8	1,0 – 44,4
	Não realizar reuniões de equipe no último ano semanalmente.	5,6	1,5 – 21,7
4	Unidade não participar de processos avaliativos nos últimos 3 por meio de AMAQ	7,2	1,6 – 32,2
5	Unidade ser caracterizada como UBS Tradicional	2,7	1,2 – 5,8
	Avaliação não ter como desdobramento o planejamento e reprogramação das atividades.	3,8	1,3 – 10,5
	Não realizar reuniões de equipe no último ano semanalmente.	4,8	1,8 – 12,8
	Realizar reuniões de equipe no último ano mensalmente.	2,7	1,1 – 6,8

*OR: Odds Ratio/ *IC: Intervalo de Confiança

Tabela 10 – Chance dos diferentes grupos de qualidade sobre o **Dom.4 “Trabalho em Rede e Intersetorialidade da Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde”** relacionar-se a cada variável independente, serviços de APS (N = 157), Botucatu, 2017.

Clusters	Variáveis	OR*	IC*
1	Levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de estudos na comunidade.	4,4	1,0 – 19,1
	Participação de processos avaliativos nos últimos 3 anos organizados pela unidade de saúde.	5,8	1,6 – 21,0
	Relacionamento predominante da unidade como o nível central não ser através de reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas.	7,6	1,4 – 41,6
	Realizar reuniões de equipe no último ano semanalmente.	9,0	2,4 – 33,5
2	Unidade caracterizada como UBS com PACS.	4,1	1,1 – 15,3
	Matriciamento na unidade por meio do NASF.	3,7	1,3 – 10,7
	Unidade não participar nos últimos 3 anos de avaliação externa do PMAQ.	3,5	1,4 – 8,4
	Planejamento e reprogramação das atividades com participação da equipe como desdobramento das avaliações.	3,4	1,4 – 8,6

	Relacionamento da unidade com o nível central por meio de reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada.	2,4	1,0 – 5,4
3	Participação de processos avaliativos nos últimos 3 anos através do QualiAB.	3,0	1,4 – 6,3
4	Não houve variável com associação estatística significativa	-	-
5	Relacionamento predominante da unidade com o nível central por meio de reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas.	5,0	1,5 – 16,9
	Realizar reuniões de equipe no último ano mensalmente.	5,5	1,8 – 16,3

*OR: Odds Ratio/ *IC: Intervalo de Confiança

A partir das associações estabelecidas para cada grupo de qualidade visto a partir da análise dos domínios, nota-se variáveis independentes comuns principalmente relacionadas aos clusters 1, que representam ao longo das análises o agrupamento dos serviços de melhor desempenho, em que as variáveis modelo assistencial tipo ESF e UBS com PACS, levantamentos sobre a realidade local nos últimos 3 anos por meio de estudos na comunidade, participação de processo avaliativo nos últimos 3 anos, relacionamento da unidade de saúde com o nível central através de reuniões periódicas e /ou visitas para supervisão técnica programada e reuniões de equipe semanalmente no último ano, foram determinantes e quanto aos clusters 5, que refletem o agrupamento dos serviços com menor desempenho para todas análises, prevaleceram as associações contrárias aos clusters de melhor qualidade, ou seja, ser UBS tradicional, não participar de processo avaliativo, relacionamento predominante da unidade com o nível central por meio de reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas e não realizar reuniões semanais causam o agrupamento dos serviços no pior cluster.

A Saúde Mental é um fenômeno que permeia os serviços de saúde e dentre eles os de APS, tornando-se frequente problemas relacionados à saúde mental às equipes de saúde. Diante de tal fato, os serviços necessitam organizar o processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde.

O processo de trabalho em saúde é entendido como o conjunto de atividades envolvidas com a produção de serviços de saúde. O processo de trabalho é marcado historicamente, culturalmente e socialmente por mudanças no mundo do trabalho, incorporação da tecnologia e suas repercussões para a saúde (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004; PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008; NOGUEIRA e PONTES, 2017)

O trabalho em saúde na contemporaneidade é realizado de maneira coletiva por diversos profissionais, com uma crescente incorporação tecnológica e de procedimentos

tornando o trabalho um processo fragmentado, compartimentalizado de saberes e práticas (MERHY, 2002; RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2004).

O processo de trabalho com associação ao serviço pertencer aos clusters de melhor desempenho na área da promoção de saúde mental, prevenção de agravos e problemas de saúde mental, assistência à saúde mental e o trabalho em rede e intersetorialidade é aquele que realiza uma prática através de um modelo de cuidado pautado no acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade. É essencial o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida dos usuários da APS (BRASIL, 2012a).

A organização do processo de trabalho nessa perspectiva precisa de gerência qualificada capaz de preparar, planejar, organizar ações priorizando a realização de levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de estudos na comunidade para conhecer as necessidades do território em que está inserida a unidade de saúde. Não há qualidade em gestão e gerência com o modelo “vertical”, na qual o gestor determina e o gerente cumpri apenas as normas e diretrizes da política nacional de saúde sem conhecer as demandas e necessidades locais.

A qualidade dos serviços também está relacionada com a participação de processo avaliativo, sendo essencial como resultado desta avaliação a utilização dos dados para o planejamento e reprogramação das atividades. A avaliação permite momentos para repensar a prática e provocar mudanças necessárias para melhorar o desempenho das unidades.

Uma alternativa em busca da qualidade é a avaliação, sendo apontada como uma abordagem capaz de fornecer indicadores que possibilitem reflexões sobre a realidade local. A avaliação em saúde mostra-se como uma abordagem, uma ferramenta que possibilita o diagnóstico de uma situação inicial com capacidade de fornecer subsídios para uma reflexão crítica aos profissionais e gestores, estabelecimento de metas a serem trabalhadas a partir das necessidades de mudanças levantadas e o fortalecimento do compromisso e responsabilidade da equipe de saúde pela qualidade da assistência prestada. A avaliação tem que envolver todos os profissionais para os mesmos responsabilizarem-se pelas mudanças (CASTANHEIRA, et al.; 2016).

A Construção da Qualidade está relacionada a partir do aumento da responsabilidade e compromisso com o “cuidar”, corroborando com a ideia que o trabalho em saúde é essencialmente relacional, saúde é um direito e um processo de afirmação de vida. Esse cuidado só é possível com um compromisso ético efetivo dos profissionais da saúde com os

usuários e um modelo de atenção focado no “ser humano” e nas suas necessidades. Esse cuidado valoriza a dimensão do trabalho vivo em ato, na qual o trabalhador age nos processos relacionais de acordo com o grau de sua governabilidade (MERHY, 2002; DONABEDIAN, 2005; SCOTT e CAMPBELL, 2002).

Atualmente o trabalhador é absorvido pela lógica do trabalho morto, assim normalmente centraliza suas ações no uso de equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, ou seja, nas tecnologias duras e leve-duras, sem visualizar o sujeito antes do adoecimento. O cuidado está frequentemente limitado à realização de procedimentos e centrado no trabalho médico, sendo o usuário percebido como um objeto, “corpo”, no qual são realizados esses procedimentos (MERHY, 2002).

Ao avaliar um serviço estamos estabelecendo um julgamento e mensuração dos resultados para um olhar diferenciado à prática com objetivo de promover mudanças necessárias para melhorar a qualidade do serviço. Ao abordar os preceitos sobre a avaliação da qualidade em serviços de saúde utilizamos a tríade de Donabedian (1980) ao referir-se a estrutura, processo e resultado. A **estrutura (ambiente físico da atenção)** refere-se aos recursos humanos, físicos, materiais, financeiros e à normatização do serviço; o **processo (manejo das relações interpessoais)** está relacionado diretamente ao funcionamento do sistema, ou seja, como as ações são organizadas; e o **resultado** diz respeito às mudanças geradas pelas ações realizadas.

Na regressão logística o indicador indireto que foi evidenciado “fazer reunião de equipe semanalmente”, sendo que realizar reunião semanalmente contribui significativamente para o serviço pertencer ao grupo de melhor desempenho nos domínios de “Promoção da Saúde mental”, “Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental”, “Assistência à Saúde Mental” e o “Trabalho em Rede e Intersetorialidade” afirma a importância da valorização da organização do processo de trabalho para avaliação da qualidade.

A reunião semanalmente possibilita o relacionamento interpessoal, a comunicação e o respeito entre os membros da equipe; discussão de casos para todos poderem conhecer, entender e opinar sobre a situação com mais assertividade; avaliar a qualidade das ações; sugerir mudanças para melhorar a prática; planejar ações; capacitar a equipe com leitura de artigos científicos, dinâmicas de grupo, técnicas de autoconhecimento, entre outros; informes da secretaria de saúde; enfim espaço para abordar questões pessoais e profissionais dos trabalhadores numa perspectiva sistêmica, na qual “uma parte interfere no todo”, assim “problemas pessoais do profissional de saúde interfere nas relações de trabalho”.

Na visão sistêmica a organização do processo de trabalho interferirá diretamente nos resultados, é necessário a valorização do processo e do resultado como método para melhorar a avaliação da qualidade, ou seja, avaliar ambos conjuntamente, “não importa apenas a duração da vida, mas a qualidade de viver”. A avaliação deve se dar por meio da inter-relação entre estrutura, processo e resultado, assim, o serviço ter uma boa estrutura física, como uma sala com espaço adequado é imprescindível para facilitar a reunião semanal. Essa reunião depende do funcionamento do sistema, de como as ações são organizadas, e através desta reunião há como realizar mudanças nestas ações como resultado de novas intervenções (DONABEDIAN, 1988; NEMES, 2001; CASTANHEIRA, et al.; 2016).

Neste processo de trabalho o gerente local tem um papel fundamental na organização das ações e enfrentará dificuldades em administrar questões como:

os limites em oferecer atendimento a crescente demanda; conflitos entre a necessidade institucional e as necessidades mais imediatas trazidas pelos usuários; conflitos entre os interesses de grupos de trabalhadores da unidade, e de cada trabalhador individual, com as normas da instituição, de um lado, e com as demandas dos usuários, de outro; os conflitos no interior da equipe multiprofissional gerados pelas diferenças, institucional e socialmente estabelecidas, entre o pessoal de nível universitário e o pessoal auxiliar; o grau de distanciamento que o pessoal administrativo e de apoio, responsáveis pelas atividades-meio, tende a ter em relação às finalidades que orientam o conjunto do trabalho na unidade; [...] quase anulação por reiteradas políticas de achatamento salarial e por precárias condições materiais de execução do trabalho; o prejuízo causado pela descontinuidade do compromisso para com as políticas públicas entre os diferentes mandatos governamentais.(CASTANHEIRA, 2000, p. 222).

O gerente é o ator principal para estimular a equipe à realização de avaliação, planejamento de novas ações como desdobramento da avaliação, discussão dos conflitos para o crescimento da equipe e soluções de problemas de comunicação, criação de estratégias para mudanças sugeridas pelos usuários e equipe, entre outros.

A reunião semanal possibilita um espaço para discussões das intervenções no cotidiano, na qual o gerente articula o saber e prática no trabalho.

No processo de trabalho organizado com reuniões semanais, levantamentos da realidade local, avaliação das ações realizadas, relacionamento com a secretaria de saúde por meio de reuniões periódicas, planejamento e reprogramação das atividades o cuidado será mais humanizado, empático e resolutivo.

O cuidado em saúde historicamente vem sofrendo modificações em decorrência do acelerado desenvolvimento científico e tecnológico. As práticas de atenção à saúde diante desta realidade apresentam limitações para responder às complexas necessidades de saúde dos usuários. Uma das estratégias para o enfrentamento desta situação e o cuidado focado na humanização e na integralidade. Na realização prática deste cuidado na compreensão das

interações entre profissionais de saúde e pacientes é evidenciado a importância da elaboração de projeto de vida, construção de identidade, confiança e responsabilidade (AYRES, 2004).

Ayres refere a eficácia da intervenção correlacionada com o “Projeto de felicidade”, na relação entre o profissional de saúde e o usuário do SUS, iniciado a partir do momento que os “detentores do conhecimento”, nós, profissionais de saúde, nos dispusermos a ouvir a história de vida dos sujeitos que passam diariamente pelo nosso atendimento através de escuta qualificada e atenção minuciosa ao “ser humano” que vivencia sofrimentos inerentes e imprevisíveis. Essa atenção humanizada pode despertar, “retomar um novo plano, ressignificando tudo à sua volta, inclusive, e especialmente, o cuidado de si” (AYRES, 2004, p.21).

O cuidado tem que estar em acordo com as necessidades de saúde, pois essas são estruturantes na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. As necessidades estão interligadas com boas condições de vida, sendo incluído os aspectos da saúde mental; acesso aos bens e serviços; vínculo e autonomia/autocuidado. As necessidades de saúde não abordam apenas as demandas individuais e biológicas, elas devem estar articuladas às necessidades sociais originadas da reprodução da vida em sociedade (BREILH, 1991; BARROS e CHIESA, 2007;

Necessidades de saúde, processo de trabalho e cuidado estão interligados nas atividades no contexto da saúde. Conhecer e compreender as necessidades dos usuários aumenta a capacidade de atendimento, possibilitam melhorar o cuidado através da escuta qualificada e maior resolubilidade da assistência prestada. As necessidades de saúde estão correlacionadas com a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, consequentemente relacionadas às condições de vida, ao acesso a bens e serviços, ao vínculo entre os profissionais de saúde, à obtenção de autonomia na tomada de decisões em relação ao modo de encaminhar a vida e à organização e qualidade das ações a que têm acesso. Muitos profissionais de saúde não reconhecem como necessidades as demandas apresentadas pelos usuários e acreditam que as necessidades de saúde da população não são atendidas em razão de questões relacionadas às condições de vida, políticas públicas e visão de mundo dos profissionais (CECÍLIO, 2001; SANTOS, BERTOLOZZI e HINO, 2010; MORAES, BERTOLOZZI e HINO, 2011).

Cavalcanti, et al. (2011) apontam que ações de saúde mental são desenvolvidas por parte de alguns trabalhadores de saúde na ESF, tais como; o apoio matricial, as tecnologias relacionais, a visita domiciliar e a terapia comunitária. Há deficiência na formação/capacitação da maioria dos profissionais da APS, dessa maneira o cuidado em saúde

mental ainda acontece de forma esporádica por parte de alguns trabalhadores inseridos na APS.

O modelo assistencial do serviço da APS efetivado através da Estratégia de Saúde da família, participação de processo avaliativo e como desdobramento o planejamento e reprogramação das atividades, relacionamento contínuo com o nível central, conhecimento da realidade local por meio de estudos na comunidade e realização de reunião de equipe semanalmente é fundamental e interfere na qualidade das ações de saúde mental na APS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas relacionados à saúde mental, uso abusivo e dependência de SPA, estão intrinsecamente na população e apresentam relevância e novas demandas que impactam os serviços públicos de saúde do país, com especificidades para a atenção primária, da qual o desempenho repercute no sistema como um todo.

Políticas Públicas voltadas à saúde mental, incluindo o álcool e outras drogas, e diretrizes do Ministério da Saúde, como o Caderno de Atenção Básica “Saúde Mental”, Caderno de Atenção Básica “Diretrizes do NASF”, Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental”, dentre outras, norteiam os serviços de Atenção Primária à Saúde, para a organização e implementação de ações direcionadas a essa população, desta forma, tornando-se importante conhecer como estas têm sido desenvolvidas.

Os indicadores avaliados neste estudo apontam que diversas ações de atenção à saúde mental não estão efetivadas nos serviços de APS estudados. Ainda que os resultados não possam ser generalizados para outros serviços, fica evidenciado o baixo grau de implantação dessas ações em uma região de saúde do Estado de São Paulo, mesmo diante das Políticas Nacionais, ressaltando a necessidade da saúde mental na APS.

Os serviços de APS avaliados e que obtiveram melhor desempenho na área da promoção da saúde mental, apontaram as ações com maior frequência, as orientações para inscrição em programas sociais às crianças, palestras na unidade de saúde e comunidade. Essas atividades são exigências da gestão nacional e municipal, e as palestras são estratégias historicamente institucionalizada na APS. As ações com menor frequência na promoção da saúde mental foram palestras em instituições com temas abrangente e focado no psicossocial como exclusão social, bullying, violência doméstica e sexual, trabalho infantil etc.

Na área de Prevenção de Agravos e Problemas de Saúde Mental, na APS, as ações mais frequentes foram abordar riscos do tabagismo, do uso de bebidas alcóolicas e outras drogas, e a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes. Outra atividade significativa na área preventiva configura-se na identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social pelo agente comunitário de saúde. As ações com menor frequência nesta área foram o questionamento sobre o desejo da gravidez no momento do resultado, vigilância do trabalho infantil e violência na saúde do homem.

Salientamos que as ações de promoção de saúde mental e prevenção de agravos e problemas de saúde mental, são mais evidentes nas ações programáticas de saúde, como saúde da mulher e ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde.

Com relação à Assistência à Saúde Mental, na APS, as ações mais frequentes foram a realização de diagnóstico e encaminhamento das pessoas com deficiências, atenção domiciliar aos idosos, orientação aos cuidadores de idosos e grupos educativos para gestantes adolescentes. As ações assistenciais voltadas à saúde mental menos frequentes foram: o acompanhamento grupal dos casos de violência contra a mulher, grupo de apoio aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas e o controle do uso continuado de benzodiazepínicos.

O trabalho em Rede e Intersetorialidade na área da Saúde Mental, nos serviços da APS, possuem acesso com maior frequência nos dispositivos do SUAS, denominados como CRAS e CREAS, e no SUS, os CAPS. Os indicadores com menor frequência neste domínio foram o acompanhamento intersetorial em caso de detecção de violência contra idosos, crianças e adolescentes, e a existência de Enfermaria Especializada em Psiquiatria em Hospital Geral.

Com relação aos grupos de qualidade dos melhores serviços da APS, nos domínios de promoção de saúde mental, prevenção de agravos e problemas de saúde mental e Trabalho em Rede e Intersetorialidade, a maioria dos serviços estão no cluster 3, demonstrando realização de poucas ações de saúde mental na APS. Na área da Assistência à Saúde Mental, a maioria dos serviços estão no cluster 5, ou seja, são pouco valorizadas as ações assistenciais de saúde mental.

Os melhores serviços avaliados pelos cento e quarenta indicadores de qualidade de saúde mental na APS, realizando metade destes indicadores ou acima de cinquenta por cento, concentraram suas ações na área de Prevenção de Agravos e problemas de saúde mental. Na área da Promoção da Saúde Mental são evidenciados os serviços com menor desempenho. O Trabalho em Rede e Intersetorialidade e a Assistência à Saúde Mental, realizados de maneira insuficiente às necessidades da população usuária.

Conforme as associações estabelecidas para cada grupo de qualidade, em cada domínio analisado, notou-se que variáveis explanatórias/independentes de participação em processo avaliativo, visitas e reuniões programadas com a Secretaria de Saúde, a realização de levantamento sobre a realidade local, por meio de estudos na comunidade e reuniões de equipe semanais, relacionaram-se aos grupos com melhores desempenhos na atenção à saúde mental. E contrariamente, observou-se que não haver reuniões de equipe semanalmente e ser caracterizada como unidade básica tradicional, esteve relacionado aos grupos de menores desempenhos.

Nota-se que a incorporação da reunião de equipe semanal, na organização do processo de trabalho pelos serviços de atenção primária, foi um diferencial importante, principalmente, para aqueles serviços que já executam um conjunto de ações consideráveis na atenção à saúde mental. Sendo assim, este dado possibilita ressaltar a necessidade de superar a lógica dos serviços estarem disponíveis ao atendimento da população usuária, sem suspensão das atividades para realização de reuniões de equipe pelos serviços de saúde.

Os resultados obtidos agregam conhecimentos sobre a organização de ações desenvolvidas por serviços de APS, na atenção à saúde mental, em que foi possível levantar importantes questões para a definição de medidas, visando a melhoria da qualidade na perspectiva estudada.

Apesar de se tratar de pesquisa avaliativa, de corte transversa e os resultados não terem poder de generalização, estes, quando apresentados, representam uma importante contribuição, visto o pouco acúmulo de pesquisas avaliativas que tomam como foco a organização do processo de trabalho na atenção à saúde mental, incluindo uso abusivo e dependência de SPA na APS. Além disso, a ausência de instrumentos especificamente voltados para avaliar a atenção a esse grupo, justifica o uso de um instrumento de avaliação de serviços que não tem a atenção à saúde mental como foco central, mas sim como parte do conjunto diversificado de ações sob responsabilidade dos serviços de atenção primária.

O foco deste estudo contribui com as recomendações das políticas públicas vigentes no país, como o preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental, quanto à determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vista a melhorar o atendimento às pessoas com problemas relacionados à saúde mental, uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, aplicáveis às unidades de saúde do SUS. A adequação a estes critérios precisa ser incentivada e ter sua importância reconhecida, para que se avance na busca de estratégias de implementação de uma atenção integral à saúde mental, articulada a uma rede centrada na atenção primária.

Enfim, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas em diferentes localidades do país, com este foco avaliativo, de modo a contribuir com processos de gestão e organização dos serviços, e com a identificação de necessidades que requeiram a implantação e desenvolvimento de tecnologias de cuidado, para a atenção à saúde mental, fortalecendo o papel da atenção primária, na construção de práticas assistenciais qualificadas para entendimento da saúde mental contextualizada integralmente.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F.P.; BARROS, C.R.S.; SCHRAIBER, L. B. Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**;47(3):531-9, 2013.
- ALBUQUERQUE, E.P.T.; CINTRA, A.M.O.; BANDEIRA, M. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. **J Bras Psiquiatr.**; 59(4):308-316, 2010.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- ANDRADE, F.B. *et al.* Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da Terapia Comunitária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 19(1): 129-36, 2010.
- ANDRADE, F. **O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal**. Braga: Universidade do Minho. Dissertação de mestrado, 2009.
- ANVERSA, E.T.R.; *et al.* Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(4):789-800, abr, 2012.
- AYRES, J. R.C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.
- ARAÚJO, L. Z. S., *et al.* Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Rev. Bras. Enferm.** v. 6, n. 1, p. 32-37, 2009.
- BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; CARVALHO FILHO, J.G.T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.56, n.1, p.41-, 2007.
- BENETTI, S.P.C.; *et al.* Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(6):1273-1282, jun, 2007.
- BEZERRA, T. V.; SILVA, M. A.; MAIA, E. R. Acesso da Pessoa com Deficiência à Atenção Primária em Saúde no Brasil: limites e possibilidades. **Cad. Cult. Ciênc.** Ano X, v.14 n.2, Dez, 2015.
- BORGES, A.L.V. *et al.* Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Rev Esc Enferm USP**; 45(Esp. 2):1679, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. LOS – Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n.224**. Brasília; 29 jan.1992. Seção I. Diário Oficial da União, Brasília; 30 jan.1992, n. 21, p. 1168-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS nº 5**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação de Acompanhamento e Avaliação Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 26 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: AMAQ. Brasília, Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Regiões de Saúde. Departamento Regional de Saúde de Bauru, DRS VI – RRAS 09. **Mapa da Saúde**. São Paulo, 2012 c.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n.26. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Presidência da República. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Institui o Programa Bolsa Família. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº3088, de 23 de Dezembro de 2011. **Criação da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 22.ago.2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Guia de Implantação Municipal AMQ**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do **NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Textos Básicos de Saúde. Série B) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 26 maio 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Consultas: Equipes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BARRETO, C.N.; *et al.* O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Rev Gaúcha Enferm.** ;36(esp):168-76, 2015.

BARROS, D.G.; CHIESA, A.M. Autonomia e necessidade de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**. 41(n.esp):793-8, 2007.

BARROS, M.A.; PILLON, S.C. Atitudes dos profissionais do programa de saúde da família diante do uso e abuso de drogas. **Esc Anna Nery**. 11(4):655-62, 2007.

BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clínica**. 34 (6); 270-277, 2007.

BEEHLER, G.P. *et al.* Developing a measure of provider adherence to improve the implementation of behavioral health services in primary care: a Delphi study. **Implementation Science**, 8:19, 2013.

BEEHLER, G.P. *et al.* Using the Primary Care Behavioral Health Provider Adherence Questionnaire (PPAQ) to identify practice patterns. **TBM**, 5:385-392, 2015.

BELMIRO, S.S.D.R.; MIRANDA, F.A.N.; MOURA, I.B.L.; *et al.* Atuação da Equipe de Enfermagem na Assistência à Criança com Deficiência na Atenção Primária à Saúde. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, 11(Supl. 4):1679-86, abr., 2017.

BENZER, J.K. et al. How personal and standardized coordination impact implementation of integrated care. **BMC Health Services Research**, 15:448, 2015.

BEZERRA, K.P.; MONTEIRO, A.I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev Rene**. 13(2):354-64, 2012.

BORBA, C.P. et al. Making strides towards better mental health care in Peru. Results from a primary care mental health training. **Int. J. Clin Psychiatry Ment Health**, April, 3(1):9-19, 2015.

BREILH, J. **Epidemiologia e economia, política e saúde**. São Paulo: Hucitec; 1991.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 159-171, Jan-Mar, 2015.

CAMPBELL, S. M.; BRASPENNING, J.; HUTCHINSON, A.; MARSHALL, M. Research Methods Used in Developing and Applying Quality Indicators in Primary Care. **Qual Saf Health Care**. v. 11, p. 358-364. 2002.

CAMPBELL SM, et al. Improving the quality of health care. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **BMJ**, April, Volume 326: p. 816-819, 2003.

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

CARDOSO, M. P. C.; et al. A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. **Aletheia** 45, set./dez. 2014.

CARDOSO, L.; VIEIRA, M.V.; RICCI, M.A.M.; MAZZA, R.S. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**; 46(2):513-7, 2012.

CARVALHO, F.F.B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1207-1227, 2015.

CARVALHO, A.T.; ALMEIDA, E.R.; JAIME, P.C. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.4, p.1370-1382, 2014.

CASTANHEIRA, E.R.L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 222-233.

CASTANHEIRA, E. R. L. *et al.* QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Revista Saúde e Sociedade**, v.20, n. 4, p. 935-947. 2011.

CASTANHEIRA, E. R. L.; NEMES, M. I. B.; ZARILI, T. F. T.; SANINE, P. R.; CORRENTE, J. E. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Rev. Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 679-691, Rio de Janeiro, 2014.

CASTANHEIRA, E.R.L.; *et al.* Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB [recurso eletrônico]. Botucatu: UNESP-FM, 2016a.

CASTANHEIRA, E.R.L.; SANINE, P.R.; ZARILI, T.F.T.; NEMES, M.I.B. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para uma instituição de uma cultura avaliativa? In: **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Organizadores: Arkeman, M., Furtado, J. P. Rede Unida, Porto Alegre, p. 197-241, 2016b.

CASSOL, P.B.; *et al.* Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. **Rev Gaucha Enferm.** 33(1):132-8, 2012.

CASTRO, S. S. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CAVALCANTE, C.M.; *et al.* Desafios do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, 24(2): 102-108, abr./jun., 2011.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.; organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ. p. 113-126, 2001.

COELHO, E.A.C.; *et al.* Integralidade do cuidado à Saúde da Mulher: limites da Prática Profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** jan-mar; 13 (1): 154-160, 2009.

COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP.** 38(2):197-205, 2004.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1, p. S7-S27, 2008.

CORDEIRO, Q.; *et al.* Prevenção em saúde mental. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, v. 7, n. 7, 2010.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**; 45(6):1501-6, 2011.

CORTES, L.F.; *et al.* Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. jan/mar;16(1):84-92, 2014.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

COUTO, M.T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p. 39-53, 2003.

DALLA VECCHIA, M. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família**. Estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2006.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação Saúde Educação**. v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev. 2012.

DONABEDIAN, A. Assessment of technology and quality. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v.4, p.487-496, 1988.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome**. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

DUARTE, Y.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica** [periódico na Internet] 2005.

FANTE, C. **Fenômeno Bullying**: Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas-SP: Verus, 2005.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M.R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**; 44(3):789-95, 2010.

FARMANOVA, E.; GRENIER, J.; CHOMIENNE, M.H. Pilot testing of a questionnaire for the evaluation of mental health services in family health team clinics in Ontario. **Healthcare Quarterly**. Vol.16 No.4, 2013.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2006.

FERNANDES, W. J. A importância dos grupos hoje. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. Vol. 4, No. 4, pp. 83-91, 2003.

FERNANDES, C.S.; ANGELO, M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**. 50(4):675-682, 2016.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Cienc Saude Coletiva**. 10(1):105-9, 2005.

FLETCHER, J.; *et al.* An evaluation of an Australian initiative designed to improve interdisciplinary collaboration in primary mental health care. **Evaluation and Program Planning**. 45: 29–41, 2014.

FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul./set. 2008.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [2]: 545-565, 2014.

FREURY, M.J. *et al.* Implementation of the Quebec mental health Reform (2005-2015). **BMC Health Services Research**, 16:586, 2016.

FURTADO, J.P.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.; MOREIRA, M.I.B.; TRAPÉ, T.L. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(1):102-110, jan, 2013.

GAZIGNATO, E.C.S.; SILVA, C.R.C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr.-jun., 2014.

GAZZINELLI, M.F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):200-206, jan-fev, 2005.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: Editora Unesp, (Saúde e Cidadania), 2010.

GONÇALVES, R.M.A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 40 (131): 59-74, 2015.

GORN, S.B. *et al.* Evaluation of the mental health system in Mexico: where is it headed? **Revista Panamericana de Salud Publica**. 33 (4), 2013.

GOVER, A.R.; KAUKINEN, C.; FOX, K. A. The relationship between violence in the family of origin and dating violence among college students. **J Interpers Violence**. 23:1667-93, 2008.

GREGÓRIO, G. *et al.* Setting priorities for mental health research in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria/RBP Psychiatry**. 34:434-439, 2012.

HARADA, O.L.; SOARES, M.H. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) vol.6 no.2 Ribeirão Preto ago. 2010.

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

HIRDES, A.; *et al.* Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil. **Aletheia** 46, p.74-89, jan./abr. 2015.

INTERDONATO, G.C.; GREGUOL, M. Promoção da saúde de pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 369-375, jul./set. 2012.

JORGE, M.A.S. As práticas Grupais em Saúde. In: SOALHEIRO, N. (org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 199 – 209, 2017.

KHENTI, A. *et al.* Developing a holistic policy and intervention framework for global mental health. **Health Policy and Planning**, 31, 37-45, 2016.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos, GW de S, editores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC. p. 616-634, 2009.

LEITE, V.M.M.; CARVALHO, E.M.F.; BARRETO, K.M.L.; FALCÃO, I.V.; Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev Bras Saúde Matern Infant** [online]. 2006 Jan-Mar. 2006.

LEMOES, A, Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em Saúde. **Saúde Debate**.| Rio de Janeiro, V. 38, N. 101, P. 244-253, ABR-JUN, 2014.

LIMA, L.P.M.; *et al.* O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de Drogas. **Revista Espaço para a Saúde**| Londrina | v. 16 | n. 3 | p. 39-46 | jul/set. 2015.

LUCCHESI, R. Operative group technology applied to tobacco control program. **Enferm**. 22:918-26, 2013.

LUCCHESI, R.; *et al.* Educação em Saúde com pessoas usuárias de álcool e outras drogas. **Cogitare Enferm**. Out/dez; 21(4): 01-10, 2016.

LUCCHESI, R. *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, set. 2009.

MACEDO, E.O.S.M.; M.I.G. CONCEIÇÃO. Ações em Grupo voltadas à promoção da Saúde de Adolescentes. *Journal of Human Growth and Development*, 23(2): 222-230, 2013.

MACIEL, M.E.D.; PILLON, S.C. Grupo de ajuda a alcoolistas: a educação em saúde na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.** Jul/Set; 15(3):552-5, 2010.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral: Espaços de Cuidados e a Atuação da Equipe de Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem.** Set-out.; 11(5):672-7, 2003.

MAIA, J.N., *et al.* Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. **Rev. Rene.** 2016 set-out; 17(5):593-601, 2016.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2. p. 85-91, 2009.

MARÇAL, C.R.M. **A saúde mental na atenção básica: uma saída para o sofrimento psíquico?: discussão a partir da inserção na assistência e gestão de uma unidade básica de Campinas, SP.** 2007. Monografia (Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

MARTINS, S.T.F. (Coord.). **Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa Saúde da Família.** Relatório de Pesquisa. Botucatu: Unesp, 2008.

MARTINS, J.J.; *et al.* Idosos com Necessidades de Cuidado Domiciliar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set; 16(3):319-25, 2008.

MATTA, A.; SOARES, L.V.; BIZARRO, L. Atitudes de gestantes e da população geral quanto ao uso de substâncias durante a gestação. **ver. Eletrônica Saúde Mental, Álcool, Drogas.** Ed. Port. Set./ Dez.; 7(3): 139-47, 2011.

MAZZA, M.M.P.; LEFÊVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**;15(1):01-10, 2005.

MENDES, M.; CAZARIN, G.; Qualidade em Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Melhoria contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde:** conceitos, métodos e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MENDES, C.R.A. Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v.20, n.2, p. 65-72, 2016.

MENDONZA-SASSI, R.A.M.; *et al.* Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Abr.; 27(4): 787-96, 2011.

MENEZES, K.K.P.; AVELINO, P.R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130, 2016.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MERHY, E.E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Org). **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; p. 113-50, 1997.

McCAULEY, J, et al. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. **Ann Intern Med**, 123:737-46, 1995.

MILBRADT, V. Afetividade e Gravidez indesejada, os caminhos de vínculo mãe-filho. **Revista Pensamento Biocêntrico.** Pelotas - Nº9, jan/jun 2008.

MINOZZO, F. *et al.* Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde e integralidade. In: **Atenção integral na rede de saúde:** módulo 5. 5. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2014.

MINOZZO, F. *et al.* Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 24 – n. 2, p. 323-340, Maio/Ago. 2012.

MINTO, *et al.*; Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 16(3):207-220, jul-set, 2007.

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

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP.** 45(1):19-25, 2011.

MORAES, V.D.; MACHADO, C.V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 129-143, ser. 2017.

MORAIS, A.P.P.M.; TANAKA, O.Y. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.1, p.161-170, 2012.

MORIYAMA, T.S.; MIGUEL, E.C.; LECKMAN, J. Intervenção precoce para a prevenção de transtornos mentais – aprendendo lições do campo das psicoses. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** vol 33, Supl II, out., 2011.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(4):779-786, abr, 2011.

NASCIMENTO, L.C.; *et al.* Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, jul-ago; 61(4): 514-7, 2008.

NEMES, M. I. B. **Avaliação em Saúde**: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001.

NEMES, M. I. B. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 supl. 2, p. 310-312, 2004.

NICAISE, P. *et al.* Mental Health Care Delivery System Reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalization whilst addressing fragmentation of care at the same time. **Health Policy**, 115 (2-3), 120-127, Feb 14, 2014.

NOBRE, L.C.C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(4):963-971, 2003.

NOGUEIRA, A.L.G. *et al.* Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm** [Internet]. set-out;69(5):964-71, 2016.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 10, p. 2375- 2384, 2007.

OLIVEIRA, M.A.S.; SANI, A.I. A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**. 6:162-80, 2009.

OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, M.J.F. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), nov/dez;57(6):761-3, 2004.

OMS-Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata: Informe conjunto del director general de la Organización Mundial de la Salud e del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. In: Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de Saúde; 1978; Alma-Ata.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P.; TRAPÉ, T.L.; EMERICH, B.F.; SURJUS, L.T.L.S. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. Especial, p. 71-83, mar. 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde Pública**. 46(1):43-50, 2012.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.40, p.219-33, jan./mar. 2012.

OTHERO, M.B.; DALMASO, A.S.W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface. Comunicação Saúde Educação**. Botucatu. v.13, n.28, p.177-88, jan./mar. 2009.

PAHO/OPAS - Pan American Health Organization (PAHO/OPAS). Renewing Primary Health Care in the Americas. Washington, D.C.: Pan American Health Organization HQ Library; 2007. [cited 2016 Jun 20]. Available from: <http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf>.

PAULA, M. L.; *et al.* Assistência ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. 35(1):1039, 2001.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. Ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008.

PICHÓN-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

POZZOLI, S.M.L. Assistência Domiciliar no apoio aos idosos portadores de dependência: uma reflexão sobre sua aplicação na atenção primária. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, p. 155-167, 2012.

PRIETSCH, S.O. M.; *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(10):1906-1916, out, 2011.

RATES, S.M.M., *et al.* Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc Saúde Coletiva**. 20(3):655-65, 2015.

RIBEIRO, C.C.; RIBEIRO, L.A.; OLIVEIRA, A.G.B. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enferm**. 13(4):548-57, 2008.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(2): 438-446, 2004.

RABELLO, Luciola Santos. **Promoção da Saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

RAFACHO, M.; OLIVER, F.C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Rev. Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 41-50, jan./abr. 2010.

RIGOTTI, D.G.; GARCIA, A.P.R.F.; SILVA, N.G.; MITSUNAGA, T.M.; TOLEDO, V.P. Acolhimento de usuários de drogas em Unidade Básica de Saúde. **Rev Rene**. maio-jun; 17(3):346-55, 2016.

RONCHI, J.P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória/ES. **Psicologia: Teoria e Prática** – 12(1):71-84, 2010.

RUSH, B. Evaluating the complex: alternative models and measures for evaluating collaboration among substance use services with mental health, primary care and other services and sectors. **Nordic Studies on Alcohol and Drugs** – NAD. Vol. 31, 2014.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde.** / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2012.

SANTOS, L.M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública** ;40(2):346-52, 2006.

SANTOS, F.F.; FERLA, A.A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface: comunicação saúde educação.** 21(63):833-44; 2017.

SANTOS, P.L. Problemas de Saúde Mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, mai./ago. 2006.

SANTOS, P.T.S.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paul Enferm.** 23(6):788-95, 2010.

SAPAG, J.C.; RUSH, B.; FERRIS, L.E. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. **Health Expectations**, 19, p.152–169, 2015.

SCHNEIDER, D.R.; LIMA, D.S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, pp. 168-178, abr./jun. 2011.

SCHRAIBER, L.B.; *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**;36(4):470-7, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. **Cad FUNDAP**; 19:106-21; 1996.

SCHRAIBER, L. N.; *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242. 1999.

SCHRAIBER, L.B.; *et al.* Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. **Rev Bras Epidemiol.** 15(4): 790-803, 2012.

SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação no Contexto de HIV/AIDS: Teorias e Tendências Pedagógicas. In: CZERESNIA, D. *et al.* (Orgs.) **AIDS: Pesquisa Social e Educação.** São Paulo: Hucitec/Abrasco. p. 84-105.

SCOTT, I.; CAMPBELL, D. Health services research: what is it and what does it offer? **Internal Medicine Journal**, v. 32, p. 91-99, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11885850>>. Acesso em: 06 jun 2018.

SIGNORELLI, M.C.; AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1230-1240, jun, 2013.

SHINDE, S.; *et al.* The impact of a lay counselor led collaborative care intervention for common mental disorders in public and privative primary care: a qualitative evaluation nested in the MANAS trial in Goa, India. **Social Science & Medicine**. Jul. 48-55, 2013.

SILVA, J.H.; *et al.* A Educação em Saúde na Prevenção ao uso de drogas. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa, volume 10, número2 - jul./nov. 2014.

SILVA, A.L.Q.C.; *et al.* Práticas Educativas mais utilizadas pelos enfermeiros na Atenção Básica: uma Revisão Bibliográfica. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.6, n.4, Pub.6, Out. 2013.

SILVA, D.A.J.; TAVARES, M.F.L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, Out-Dez, 2016.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):139-148, 2009.

SIMON, J. *et al.* Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. **Social Science & Medicine**. 98, 187-196, 2013.

SOALHEIRO, N.; RABELLO, E.T.; MOTA, F.S. Diagnóstico e Medicalização: questões para a saúde mental e a atenção básica. In: SOALHEIRO, N. (org.). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 211 – 227, 2016.

SOARES, L.V. **Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**. Estudo de caso em um município na Região Metropolitana de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2015.

SOBRAL, F.R.; CAMPOS, C.J.G. O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. May-Aug.; 8(2):100-7, 2012.

SOUZA, A.C. **Em tempos de PSF... Novos rumos para atenção em saúde mental?** 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”, Rio de Janeiro. 2004.

SOUZA, A.C.; *et al.* A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, ago; 26(2):147-53, 2005.

SOUZA, A.C. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica**: um movimento das marés. São Paulo: Hucitec, 2015.

SOUZA, L.R.; *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 23 (2): 140-149; 2015.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. 8 (1 Pt 1): 102-6, 2010.

SOUZA, A.M.A.; *et al.* Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enferm**. 13(4):62532, 2004.

SUNDFELD, A. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**; Universidade de São Paulo; Ministério da Saúde (BR). Manual de enfermagem. Brasília (DF); p. 43-6, 2001.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2):477-486, 2009.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro RE, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p. 89-111, 2003.

THUMÉ, E.; *et al.* Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev Saúde Pública**. 44(6), 2010.

VARELA, D.S.S.; SALES, I.M.M.; SILVA, F.M.D.; MONTEIRO, C.F.S. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Esc Anna Nery**; 20(2):296-302, 2016.

VICKERS, K.S. *et al.* Integration of mental health recourses in a primary care setting leads to increased provider satisfaction and patient access. **Gen. Hosp. Psychiatry**. Sep-oct., 35(5):461-7, 2013.

VIEIRA, P.C. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(11):2487-2498, nov, 2008.

VIEIRA, S.M.; BOCK, L.F.; ZOCHE, D.A.; PESSOTA, C.U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 20 (Esp): 255-62, 2011.

WIDMAN, M.A.P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**; 46(5):1170-1177, 2012.

WANDERBROOCKE, A.C. *et al.* Oficina de memória para idosos em uma unidade básica de saúde: um relato de experiência. **Psic. Rev.** São Paulo, volume 24, n. 2, 253-263, 2015.

WHO/World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde “**Saúde Mental:** nova concepção, nova esperança”, 2001.

WHO/World Health Organization. Mental Health Action Plan – 2013-2020. 2013.

WHO/World Health Organization/World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization, 2008.

YAKUWA, M.S.; *et al.* Vigilância em Saúde da Criança: perspectiva de enfermeiros. **Rev Bras Enferm.** mai-jun;68(3):384-90, 2015.

YAMAGUCHI, E.T.; *et al.* Drogas de abuso e gravidez. **Rev de Psiquiatria Clínica.** 35(1):44-47, 2008.

YEHIA, F.; JARDALI, F.E. Applying Knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. **Health Research Policy and Systems**, 13:29, 2015.

ZARILI, T. F. T. Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB. 2015. Dissertação (mestrado), Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, 2015.

ZIMERMAN, D. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. Vínculo, São Paulo, v.4, n.4, dez. 2007.

ZIMMERMANN, C.R.; ESPÍNOLA, G.M. PROGRAMAS SOCIAIS NO BRASIL: um estudo sobre o Programa Bolsa Família no interior do Nordeste brasileiro. **Caderno CRH**, Salvador, v. 28, nº 73, p. 147-164, Jan./Abr. 2015.

ANEXO

Anexo A. Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica – QualiAB 2014**AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE
ATENÇÃO BÁSICA QUALI AB****I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO**

1. Esta unidade se caracteriza por ser:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” *
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) * “tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada à** Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Qual _____

***Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família**

2. A instituição que assume a gestão administrativa do Serviço é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social
- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 7) Ministério da Saúde
- 8) Consórcio intermunicipal

9) Outros. Quais: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

4. A área de abrangência da Unidade é definida:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da secretaria da saúde
- 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- 4) Sem definição de área de abrangência

5. No território de atuação desta unidade existe a presença de grupos populacionais:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Indígenas
- 2) Quilombolas
- 3) Populações ribeirinhas
- 4) Ciganos e nômades urbanos
- 5) Acampados e assentados
- 6) Trabalhadores sazonais e volantes
- 7) Pessoas em situação de rua
- 8) Profissionais do sexo
- 9) Moradores de abrigos, albergues
- 10) Encarcerados
- 11) Imigrantes
- 12) Outros Quais _____
- 13) Não ocorre a presença dessas populações no território

6. Quais os períodos de funcionamento da unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Todas as manhãs
- 2) Todas as tardes
- 3) Todas as noites
- 4) Algumas manhãs
- 5) Algumas tardes
- 6) Algumas noites
- 7) 24 horas

7. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- 2) Acesso a pessoas com deficiências
- 3) Sala de espera
- 4) Número de cadeiras na unidade é adequado à demanda
- 5) Ventilação e iluminação adequadas
- 6) Bebedouro
- 7) Banheiro para os usuários
- 8) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
- 9) Banheiro dentro do consultório ginecológico
- 10) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
- 11) Consultório dentário
- 12) Sala de vacina
- 13) Sala de Curativo
- 14) Sala de esterilização de material
- 15) Sala para realização de atividades educativas e grupos
- 16) Gerador de energia

8. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Mesa para exame ginecológico
- 2) Equipamento odontológico
- 3) Geladeira exclusiva para vacinas
- 4) Carrinho de emergência
- 5) Desfibrilador

- 6) Cadeira de rodas
- 7) Quadro para informações
- 8) Televisão
- 9) Microcomputadores
- 10) Acesso à Internet
- 11) Acesso a sistema informatizado para alimentação de banco de dados
- 12) Prontuário eletrônico
- 13) Sistema de senhas na sala de espera
- 14) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
- 15) Veículo para uso da unidade

9. A unidade possui equipe de saúde da família:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim Quantas: _____
- 2) Não

10. Número de profissionais fixos e volantes na unidade por categoria:

Preenchimento numérico de todas as questões (a partir de zero)

Profissional	Nº de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço)	Nº de profissionais VOLANTES (Atende alguns períodos)
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		

15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		
18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros		

11. Esta Unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Mais médico
- 2) Provac médico
- 3) Provac enfermeiro
- 4) Provac dentista
- 5) Outros. Quais: _____
- 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

12. A unidade tem acesso a uma rede de serviços municipais ou regionais composta por:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
- 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
- 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
- 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
- 6) Serviços de atenção ao Idoso
- 7) Serviços de atenção à criança
- 8) Serviços de atenção à mulher
- 9) Ambulatórios de especialidades

- 10) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
- 11) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- 12) ONG (Organização Não Governamental)
- 13) Ações comunitárias ligadas a igrejas
- 14) Outros Qual: _____
- 15) Não tem acesso a serviços de apoio

13. Nessa Unidade o apoio técnico continuado realizado por equipe externa ao serviço (matriciamento) é feito por:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipe multiprofissional
- 3) Outro tipo de serviço
- 4) Não é realizado por nenhuma instância

14. Em relação ao número de consultas médicas informe:

Preenchimento

- 1) Quantas **consultas médicas** foram realizadas no **último mês** nesta Unidade? (considerando o total de consultas para todas as faixas etárias): _____
- 2) Dado não disponível

15. Em relação à população da área de abrangência da unidade, informe:

Preenchimento

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- 3) Dados não disponíveis

II. INFORMAÇÃO PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

16. A Unidade utiliza para registro das informações os seguintes sistemas de informação:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/SISAB
- 3) Sistema de informação próprio do município
- 4) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 5) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 6) SIS PreNatal
- 7) SIS HIPERDIA
- 8) Outros sistemas de informação Quais: _____
- 9) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

17. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Número de procedimentos
- 2) Consultas por faixa etária
- 3) Consultas médicas
- 4) Consultas de enfermagem
- 5) Consultas odontológicas
- 6) Consultas por equipe multiprofissional
- 7) Número de grupos realizados
- 8) Faltas em atendimentos agendados
- 9) Primeiro atendimento no ano (por paciente)
- 10) Número de pacientes atendidos
- 11) Número de vacinas realizadas
- 12) Número de coletas de papanicolaou
- 13) Número de atendimentos "extras" (casos de demanda espontânea)
- 14) Número de visitas domiciliares
- 15) Outros. Quais: _____
- 16) Não existe registro de dados

18. Os dados da produção assistencial (número de atendimentos e procedimentos) da Unidade são:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Utilizados pela Unidade e pela gestão municipal para orientar e planejar as ações

- 2) Disponibilizados para os sistemas de informação, mas utilizados somente pela gestão municipal
- 3) Utilizados somente pela Unidade para orientar e planejar as ações locais
- 4) Não são utilizados para o planejamento

19. Os dados epidemiológicos da região são:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Utilizados pela gestão municipal e pela unidade para o planejamento das ações locais de saúde
- 2) Utilizados para planejamento pela gestão municipal, mas não são apropriados pela unidade para organização das ações
- 3) Não são utilizados para o planejamento

20. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Dados dos programas executados pela unidade (Pré-natal, atenção à criança, atenção à hipertensos e diabéticos, entre outros)
- 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- 3) Estudos na comunidade
- 4) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 5) Não realizou nenhum tipo de levantamento

21. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou das seguintes processos avaliativos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
- 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
- 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
- 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
- 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
- 6) Avaliações organizadas por outras instituições Quais: _____
- 7) Não participou de nenhuma avaliação

22. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Plano anual de trabalho da equipe, cumprindo exigências da secretaria
- 2) Planejamento e reprogramação das atividades realizadas com participação da equipe multiprofissional
- 3) Relatório dos problemas identificados para o nível central da secretaria municipal
- 4) A Unidade não teve acesso aos resultados da avaliação
- 5) Não foi realizada avaliação

23. Em que dimensões as avaliações realizadas resultaram em modificações na unidade:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na organização da assistência
- 2) No gerenciamento do serviço
- 3) No gerenciamento e organização da assistência
- 4) Não houve modificações
- 5) Não participou de nenhuma avaliação anterior

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III. 1. Atividades de promoção, prevenção e educação em saúde

24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) Prevenção de DST e aids
- 3) Prevenção de tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Saúde bucal
- 7) Promoção do envelhecimento saudável
- 8) Saúde do Homem
- 9) Prevenção de doenças crônicas como HA e/ou DM
- 10) Prevenção de obesidade
- 11) Educação alimentar
- 12) Atividades físicas
- 13) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 14) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 15) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros)
- 16) Uso abusivo de álcool e outras drogas

- 17) Tabagismo
- 18) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros)
- 19) Posse responsável de cães e gatos
- 20) Organização do SUS e participação social
- 21) Outras. Qual: _____
- 22) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

25. Como são realizadas as ações de educação em saúde **NA COMUNIDADE** (atividades “EXTRA MUROS”):

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- 6) Atividades articuladas com outras secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)
- 7) Não realiza atividades na comunidade

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas **na UNIDADE**, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) Prevenção de DST e aids
- 3) Prevenção de tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Gestação e parto
- 7) Gestação na adolescência
- 8) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 9) Climatério e menopausa
- 10) Saúde Bucal
- 11) Promoção do envelhecimento saudável

- 12) Saúde do Homem
- 13) Prevenção de doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 14) Educação alimentar e obesidade
- 15) Atividades físicas
- 16) Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem e outros)
- 17) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 18) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros)
- 19) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 20) Tabagismo
- 21) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros)
- 22) Posse responsável de cães e gatos
- 23) Organização do SUS e participação social
- 24) Outras. Qual: _____
- 25) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

27. Como são realizadas as ações de educação em saúde para os usuários na UNIDADE:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Realização de grupos relacionados às ações programáticas (programas de pré-natal, hipertensão e diabetes entre outros)
- 4) Atividades em grupo que abordem outros temas
- 5) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 6) Não realiza atividades de educação em saúde

28. Na sala de espera são realizadas as seguintes atividades:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) A TV fica ligada em programas de canal aberto
- 2) Discussão de temas propostos pelos pacientes
- 3) Uso de vídeos com temas de educação em saúde
- 4) Palestras
- 5) Rodas de conversa
- 6) Exposição de cartazes educativos

- 7) Exposição de panfletos educativos
- 8) Outras atividades de educação em saúde
- 9) Nenhuma atividade é realizada

29. Atividades de educação em saúde com gestantes são desenvolvidas regularmente por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes sobre temas da gestação na sala de espera
- 2) Palestras sobre temas da gestação sem grupos de pré-natal
- 3) Grupos periódicos para gestantes
- 4) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 5) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- 7) Não realizamos atividades educativas com gestante

30. Os temas abordados pela Unidade nas atividades em **instituições para crianças** (creches, escolas, entre outros) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Educação em saúde bucal
- 4) Higiene pessoal
- 5) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 6) Avaliação de acuidade visual
- 7) Avaliação de acuidade auditiva
- 8) Prevenção de acidentes domésticos
- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Posse responsável de animais
- 12) Não realiza atividades regulares em creches e escolas
- 13) Exclusão social e discriminação
- 14) Bullying
- 15) Prevenção da violência
- 16) Orientações contra o trabalho infantil
- 17) Sexualidade e educação sexual

- 18) Prostituição infantil
- 19) Não atende crianças

31. Os temas abordados pela Unidade nas atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Desenvolvimento/mudanças na adolescência
- 2) Sexualidade, prevenção de DST/aids
- 3) Uso de álcool e drogas
- 4) Agressividade e conflito com a lei
- 5) Exclusão social e discriminação
- 6) Bullying
- 7) Violência doméstica e sexual
- 8) Prostituição na adolescência
- 9) Obesidade
- 10) Saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- 11) Inserção no mercado de trabalho
- 12) Saúde e meio ambiente
- 13) Posse responsável de animais
- 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
- 15) Outros. Quais: _____

32. O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela Unidade, consiste em:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo e outros
- 3) Escolares de nível fundamental
- 4) Adolescentes em geral
- 5) Jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social
- 6) Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas
- 7) Comunidades rurais, indígenas ou quilombolas
- 8) Instituições na comunidade como centros de convivência
- 9) Não realizamos essas ações de forma planejada

III. 2. Atividades de rotina

33. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
- 2) Inalação
- 3) Curativo
- 4) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- 5) Pequenas suturas
- 6) Retirada de pontos
- 7) Hidratação por via venosa
- 8) Aplicação de tratamento endovenoso
- 9) Aplicação de tratamento intramuscular
- 10) Drenagem de abscessos
- 11) Troca de sonda vesical de demora
- 12) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 13) Lavagem de ouvido
- 14) Outros. Quais: _____
- 15) Não realiza nenhum procedimento

34. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) BCG
- 2) Hepatite B
- 3) Poliomelite/ vacina oral de pólio/vop
- 4) Polio Inativada/ vacina inativada de polio/VIP
- 5) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
- 6) DTP (Tríplice Bacteriana)
- 7) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- 8) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
- 9) dT (dupla adulto)
- 10) Rotavírus Humano
- 11) Febre Amarela

- 12) Anti-rábica
- 13) Influenza
- 14) P10 (Pneumocócica 10)
- 15) Pneumocócica 23 valente
- 16) Meningocócica C
- 17) Vacina contra HPV
- 18) Não realiza vacinação

35. Exames feitos na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Eletrocardiograma (ECG)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β HCG
- 4) PPD (Teste tuberculínico)
- 5) Teste rápido para HIV
- 6) Teste rápido para Sífilis
- 7) Teste rápido para hepatite B
- 8) Teste rápido para hepatite C
- 9) Teste rápido de proteinúria
- 10) Detecção de neuropatia periférica com estesiômetro ou diapasão
- 11) Não realiza nenhum exame

36. Exames colhidos na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Teste do pezinho
- 3) Papanicolaou (Citologia Oncótica Tríplice)
- 4) Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 5) Outros. Quais _____
- 6) Não são colhidos exames na Unidade

37. Os resultados dos exames são avaliados:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Quando os resultados chegam, apenas para os exames considerados prioritários pela Unidade (mamografia, exames do pré-natal, exames de urgência, entre outros)
- 5) Não são avaliados

38. Assinale o **tempo médio** de duração da consulta médica agendada, em minutos, segundo a área profissional (quando houver mais de um profissional na mesma especialidade considere a duração mais frequente no atendimento aos usuários)

Preenchimento

PROFISSIONAIS	(tempo em minutos)			
	<10	10 a 20	20 a 30	>30
1) Médico de família				
2) Clínico				
3) Pediatra				
4) Ginecologista/Obstetra				
5) Outras especialidades				

39. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 3) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
- 4) Adultos crônicos (HA e DM) com risco de complicações
- 5) Recém-nascidos
- 6) Recém-nascidos de risco
- 7) Crianças em seguimento na puericultura
- 8) Crianças até dois anos
- 9) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose ou hanseníase
- 12) Outras Quais: _____
- 13) Não se faz convocação de faltosos

40. Em relação à dispensação dos medicamentos previsto na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), pode-se afirmar que:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Todos os medicamentos essenciais previstos estão disponíveis, com exceção dos da farmácia de alto custo
- 2) Falta ocasional de medicamentos essenciais para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
- 3) Falta ocasional de medicamentos para diabetes
- 4) Falta ocasional de medicamentos para hipertensão arterial
- 5) Falta ocasional de antibióticos mais utilizados
- 6) Falta ocasional de medicamentos para dislipidemias
- 7) A unidade encaminha o processo para medicamentos de alto custo
- 8) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

41. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Diafragma
- 7) Pílula do dia seguinte
- 8) Encaminhamento para laqueadura
- 9) Encaminhamento para vasectomia
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Nenhum
- 12) Não atendemos adultos

42. Na rotina, o **critério utilizado para** dispensação de preservativos é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação, para a população em geral
- 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para a população em geral
- 3) Há controle com cota mensal igual para todos os pacientes
- 4) Há controle com cotas maiores para a população vulnerável

5) Não distribuimos preservativos nesta Unidade

43. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em serviços de referência para as seguintes especialidades é:

Preenchimento

ESPECIALIDADES	Tempo de espera					
	<1 mês	1 a 3 meses	4 a 6 meses	7 meses a 1 ano	+ 1 ano	Não Sabe
1) Oftalmologia						
2) Otorrinolaringologia						
3) Ortopedia						
4) Gastroenterologia						
5) Cardiologia						
6) Neurologia						
7) Psiquiatria						
8) Fisioterapia						

III. 3. Recepção e acolhimento

44. O fluxo de atendimento à demanda espontânea (pacientes “extras”) **regularmente** é definido a partir do seguinte processo:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
- 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- 6) Outras Quais: _____
- 7) Não atende demanda espontânea

45. As opções de atendimento para os pacientes não agendados (“extras” ou “demanda espontânea”) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- 5) Agendamento para atendimento em grupo
- 6) Encaminhamento direto para o pronto-socorro
- 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- 9) Não atende pacientes não agendados

46. A proporção aproximada entre o número de Consultas Médicas Agendadas e o número de Consultas Médicas de Pronto Atendimento (para pacientes não agendados ou extras) **nos últimos três meses** foi:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) 100% de pacientes agendados
- 2) 30% de pacientes agendados e 70% de não agendados
- 3) 70% de pacientes agendados e 30% de não agendados
- 4) 50% de pacientes agendados e 50% de não agendados
- 5) 100% de pacientes não agendados
- 6) Informação não disponível

47. As consultas médicas são agendadas:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Com hora marcada para cada paciente
- 2) Para grupo de pacientes por hora
- 3) Para todos os pacientes no início do turno
- 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea

48. Quando um usuário procura a Unidade para agendar consulta médica o **tempo médio** de espera entre o agendamento e a realização da consulta é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Até 1 semana
- 2) Entre 7 e 30 dias

- 3) Entre 1 e 3 meses
- 4) 4 meses ou mais
- 5) Realizada no mesmo dia, trabalhamos com demanda espontânea

III. 4. Saúde da Mulher

49. As ações **regularmente** desenvolvidas voltadas à saúde da mulher são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pré-natal
- 2) Coleta de citologia oncótica (Papanicolaou)
- 3) Prevenção e controle das DST e Aids
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 6) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 7) Detecção precoce de câncer de mama
- 8) O serviço não desenvolve ações especificamente voltadas para a Saúde da Mulher

50. O exame de papanicolaou (citologia oncótica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é **rotineiramente** oferecido:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na unidade
- 3) Uma vez ao ano para todas as mulheres entre 25-59 anos atendidas
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-59 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de papanicolaou em mulheres entre 25-59 anos, com dois exames anteriores normais
- 6) Outro Qual: _____
- 7) Serviço não realiza esse exame

51. A coleta do Papanicolaou é oferecida pelo serviço:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Todos os dias
- 2) Uma vez por semana

- 3) Duas ou mais vezes por semana
- 4) A cada 15 dias
- 5) Uma vez por mês
- 6) Depende da disponibilidade dos profissionais
- 7) Não realiza esse exame

52. Os resultados do exame de Papanicolaou são:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Arquivados nos prontuários ou em caixas e avaliados quando a paciente comparece à consulta
- 2) Checados quando chegam à Unidade e as pacientes com exames alterados são convocadas
- 3) Registrados em livro ou fichas de controle, arquivados, e as pacientes com exames alterados são convocadas
- 4) Outras Quais: _____
- 5) Não realiza esse exame

53. O **exame clínico de mama** (ECM) para a detecção precoce do câncer é oferecido de acordo com os seguintes **critérios**:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Uma vez ao ano, para todas mulheres a partir dos 40 anos
- 2) Quando há queixas da paciente em relação à mama
- 3) Nas consultas ginecológicas de rotina
- 4) Quando realiza a coleta do exame de Papanicolaou
- 5) Durante campanhas ou mutirões
- 6) Somente quando a paciente solicita o exame
- 7) Não é realizado na Unidade

54. A **solicitação** de mamografia é feita:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 2) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais com exame clínico de mama alterado
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais sem alteração de exame ou fatores de risco
- 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 74 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- 5) Para todas as pacientes que solicitem exame

6) Anualmente, a partir de 35 anos, com antecedentes de câncer de mama em familiares de primeiro grau antes dos 50 anos ou outros fatores de risco predisponentes

7) Esse exame não é solicitado

55. Quando o resultado do teste de gravidez é entregue para a paciente:

Assinale apenas uma alternativa

1) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) à paciente e faz o agendamento do pré-natal, se for o caso

2) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré-Natal ou encaminha para cuidados preconcepcionais ou contracepção, a depender do caso

3) A equipe pergunta à mulher se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários

4) Os resultados de teste de gravidez são entregues em outros serviços ou no local onde é realizado o exame

56. Após o diagnóstico de gravidez, as primeiras ações de pré-natal são preferencialmente realizadas:

Assinale apenas uma alternativa

1) Imediatamente, por profissional médico ou de enfermagem

2) Por meio de agendamento para consulta médica ou de enfermagem

3) Essa Unidade não realiza Pré-Natal

57. A proporção média de gestantes com início do pré natal no 1º trimestre é:

Assinale apenas uma alternativa

1) 90% ou mais

2) Entre 90% 80%

3) Entre 80% e 60%

4) menos de 60%

5) A unidade não dispõe destas informações

58. Qual é a média de consultas de Pré Natal de baixo risco por gestante no último ano?

Assinale apenas uma alternativa

1) Até 5 consultas

2) Entre 6 e 7 consultas

3) 8 consultas ou mais

4) A Unidade não dispõe dessas informações

5) Não realiza o pré natal

59. Os exames solicitados de rotina para **todas** as gestantes durante o Pré Natal de baixo risco são:

Assinale uma ou mais alternativas

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo			
2) Eritrograma (Hb e Ht)			
3) Urina I			
4) Urocultura			
5) Teste rápido de proteinúria			
6) Tipagem sanguínea			
7) Coombs indireto caso Rh negativo			
8) Teste rápido para sífilis			
9) Sorologia para Sífilis			
10) Teste rápido para HIV			
11) Sorologia para HIV			
12) Sorologia para Rubéola			
13) Sorologia para toxoplasmose			
14) Sorologia para hepatite B			
15) Glicemia de jejum			
16) Teste de intolerância à glicose			
17) Ferro sérico			
18) Uréia			
19) Creatinina			
20) TGO, TGP			
21) Ultra-Som obstétrico			
22) Papanicolaou (colpocitologia oncológica)			
23) Bacterioscopia da secreção vaginal			
24) Outros			
Quais: _____			
25) Não são solicitados exames nesta Unidade			

26) Não realiza o pré natal

60. As ações **regularmente** desenvolvidas no atendimento de pré natal abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Práticas alimentares saudáveis e atividade física
- 3) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Avaliação das condições de trabalho
- 6) Escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais
- 7) Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico
- 8) Registro das informações em prontuário e no Cartão da Gestante e com preenchimento da Ficha Perinatal
- 9) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 10) Suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico
- 11) Identificação das gestantes de alto risco
- 12) Orientações e estímulo ao aleitamento materno
- 13) Orientação e encaminhamento para atendimento odontológico
- 14) Realização de grupos educativos para gestantes adolescentes
- 15) Não realiza o pré-natal

61. No caso de gestação de alto risco, a gestante é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré-Natal em serviço de referência retornando à unidade após o parto
- 2) Acompanhada na unidade por falta de serviços de referência
- 3) Acompanhada na unidade que é responsável pelos seguimentos de baixo e alto risco
- 4) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na unidade
- 5) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

62. Nos casos de gestante com diagnóstico de sífilis, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- 2) Na Unidade somente para gestante
- 3) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- 4) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
- 6) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

63. Nos casos de gestante com HIV positivo, o Pré Natal é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Somente na unidade
- 2) Somente em serviço de referência
- 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

64. O atendimento no puerpério imediato (até 10 dias após o parto) é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na maternidade que realizou o parto ou em maternidade de referência
- 2) Na unidade de saúde, que já deixa pré-agendada ao final do pré natal
- 3) Na unidade de saúde, com agendamento feito na alta hospitalar e/ou por visita domiciliar
- 4) Na maternidade que realizou o parto e na unidade de saúde com agendamento prévio
- 6) Na unidade, quando a usuária procurar
- 7) Realizado durante visitas domiciliares programadas
- 8) Não é realizada de rotina

65. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de **puerpério imediato (até 10 dias após o parto)** na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação (vivência, intercorrências, exames laboratoriais)
- 2) Histórico do parto (tipo, intercorrências, vivência, entre outros)
- 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, aumento da pressão arterial, entre outros)
- 4) Aleitamento materno (frequência e duração das mamadas, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Suplementação de Ferro
- 6) Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo)

- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 8) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- 9) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, teste do pezinho, testes do olhinho e orelhinha)
- 10) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 11) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 12) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- 13) Orientações sobre alimentação
- 14) A unidade não realiza consulta de puerpério imediato

66. As ações **regularmente** desenvolvidas nas consultas de puerpério tardio (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na unidade
- 2) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- 3) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
- 6) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 7) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 8) A unidade não realiza consulta de puerpério tardio

67. Entre as gestantes que realizaram pré-natal nessa Unidade, nos **últimos três anos**, houve algum caso de sífilis congênita?

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar por não possuir os dados
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

68. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da violência contra a mulher são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Livre declaração da mulher
- 4) Discussão de caso em equipe
- 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 6) Não sabe informar
- 7) Não temos esse tipo de demanda
- 8) Não atende essa demanda específica

69. Em caso de detecção da violência contra mulher são realizados os seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação compulsória
- 4) Acompanhamento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denúncia ao DISQUE 180
- 9) Outro Quais: _____
- 10) Não sabe informar
- 11) Não temos esse tipo de demanda
- 12) Não atende a essa demanda específica

III. 5. Saúde da Criança e do Adolescente

70. As atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação dos parâmetros de crescimento (peso, altura, entre outros)
- 2) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
- 3) Orientação sobre aleitamento materno
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou para acesso a leite modificado quando há contra indicação para aleitamento materno (HIV, entre outros)
- 5) Avaliação do perímetro cefálico (menor de um ano)

- 6) Orientação sobre alimentação (introdução de alimentos, tipo de oferta, entre outros)
- 7) Vacinação
- 8) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- 9) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 10) Realização de espelho (cópia) em prontuário da caderneta da criança
- 11) Identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala, linguagem, desnutrição obesidade)
- 12) Vigilância de trabalho infantil
- 13) Saúde Bucal
- 14) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, entre outros)
- 15) Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância (IRA)
- 16) Orientação para prevenção de acidentes
- 17) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 18) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- 19) Identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual
- 20) Não atende crianças

71. Os locais onde são realizadas regularmente as atividades para a SAÚDE DA CRIANÇA são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Instituições para crianças (creche, escolas, entre outros)
- 4) Reuniões de bairro
- 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
- 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
- 7) Não atende crianças

72. O **primeiro atendimento** de um recém-nascido (RN) é mais frequentemente AGENDADO:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
- 3) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 4) Na última consulta de pré-natal

- 5) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- 7) Não trabalhamos com agendamento
- 8) Não atende crianças

73. O atendimento de rotina da criança é realizado por meio de:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Consulta médica agendada segundo calendário de consultas mínimas
- 2) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista) segundo calendário programado em consultas individuais
- 3) Somente a partir de demanda da mãe ou responsáveis
- 4) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista) segundo calendário programado em consultas individuais e em grupo com as mães e/ou pais
- 5) Não atende crianças

74. As atividades realizadas na Unidade de rotina com ADOLESCENTES são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
- 3) Planejamento reprodutivo
- 4) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 5) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
- 6) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 7) Identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual
- 8) Prevenção de obesidade
- 9) Atenção à saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
- 12) Outros Quais: _____

75. Os locais onde são realizadas regularmente as atividades para os ADOLESCENTES são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde

- 2) Domicílio
- 3) Instituições que concentram adolescentes (escolas, ONG, entre outros)
- 4) Reuniões de bairro
- 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)
- 6) Espaços comunitários, como quadras
- 7) Outros Quais: _____
- 8) Não desenvolve atividade planejadas para adolescentes
- 9) Não atende adolescentes

76. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de violência contra crianças e adolescentes são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração dos responsáveis
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Não sabe informar
- 9) Não temos esse tipo de demanda específica
- 10) Não atende crianças e adolescentes

77. Em caso de detecção da violência contra crianças e adolescentes são realizados seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
- 2) Denuncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
- 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
- 5) Notificação Compulsória
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 7) Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar

- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

III. 6. Saúde Do Adulto e da Pessoa Idosa

78. As atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto abordam os seguintes **agravos ou problemas de saúde**:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) O atendimento ocorre de acordo com a procura, não existem programas específicos
- 2) Diabetes
- 3) Hipertensão
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, entre outros)
- 7) Prevenção de câncer de próstata
- 8) Alcoolismo / Drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, entre outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Outras doenças respiratórias (asma, entre outras)
- 13) Identificação de pessoas com necessidades de prótese dentária
- 14) Violência doméstica
- 15) Saúde do trabalhador
- 16) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, entre outros)
- 17) Diagnóstico e tratamento DST
- 18) Diagnóstico e tratamento de aids
- 19) Testagem e Aconselhamento de DST, aids e hepatites virais
- 20) Outros Quais: _____
- 21) Não atendemos adultos

79. As ações de rotina para portadores de condições crônicas (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, entre outros) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento

- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos e conforme necessidade dos pacientes
- 3) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 4) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 5) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 6) Orientação de atividades físicas
- 7) Grupos de apoio para condições crônicas (alternativas para dieta, adesão ao tratamento, entre outros)
- 8) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 9) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 10 Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 11) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

80. Para os **PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
- 4) Orientação de dieta
- 5) Tratamento e/ou prevenção de obesidade
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Introdução de terapêutica não medicamentosa como primeira alternativa, sempre que indicado
- 8) Avaliação de risco cardiovascular para introdução de terapêutica medicamentosa
- 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 10) Orientação de atividade física
- 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 12) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) A Unidade não atende paciente portadores de hipertensão arterial

81. Exames solicitados de rotina para **PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Urina I
- 2) Potássio

- 3) Creatinina sérica
- 4) Glicemia de jejum
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Ácido úrico
- 8) Eletrocardiograma – ECG
- 9) Exame de fundo de olho
- 10) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial

82. Para os **PORTADORES DE DIABETES TIPO II**, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Tratamento e/ou prevenção de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 8) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 9) Fornecimento do glicosímetro
- 10) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 11) Orientação de atividade física
- 12) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 13) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

83. Exames solicitados de rotina para **PORTADORES DE DIABETES TIPO II**, são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de jejum
- 2) Urina I
- 3) Microalbuminúria
- 4) Creatinina sérica
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Hemoglobina glicada a cada 3 meses até alcançar controle, depois a cada 6 meses
- 8) Exame de fundo de olhos

- 9) Eletrocardiograma – ECG
- 10) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

84. Os medicamentos disponíveis na Unidade para hipertensão e diabetes são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Hidroclorotiazida
- 2) Furosemida
- 3) Espironolactona
- 4) Manitol
- 5) Atenolol
- 6) Propanolol
- 7) Metildopa
- 8) Succinato de metoprolol
- 9) Besilato de anlodipino
- 10) Cloridrato de verapamil
- 11) Cloridrato de hidralazina
- 12) Nitroprusseto de sódio
- 13) Captopril
- 14) Enalapril
- 15) Insulina NPH
- 16) Insulina Regular
- 17) Metformina
- 18) Glibenclamida
- 19) Outros principais Quais _____
- 20) Ocorre falta eventual de medicamentos
- 21) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

85. Para os portadores de condições crônicas considerados “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria unidade
- 2) Encaminha para serviço de referência
- 3) Realiza busca ativa
- 4) Realiza visita domiciliar

- 5) Discute alternativas de abordagem em equipe
- 6) Discute o caso com supervisão externa
- 7) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
- 8) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
- 9) A Unidade não atende portadores de condições crônicas

86. As ações **regularmente programadas** para atenção aos idosos abordam os seguintes agravos ou problemas de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação cognitiva (demências)
- 2) Quadros depressivos na velhice
- 3) Avaliação funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
- 4) Prevenção de quedas
- 5) Alimentação e Nutrição
- 6) Incontinência Urinária
- 7) Prática Corporal e Atividade Física
- 8) Sexualidade e DST/aids
- 9) Menopausa e Andropausa
- 10) Saúde Bucal
- 11) Direitos da Pessoa Idosa
- 12) Violência contra a Pessoa Idosa
- 13) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas
- 14) Atenção domiciliar
- 15) Apoio a idosos em Instituições de Longa Permanência
- 16) Identificação e orientação de cuidadores (formal ou familiar)
- 17) Identificação de adoecimento causado pelo trabalho
- 18) Não existem atividades específicas para idosos

87. Na atenção ao idoso a unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Grupos ligados à igreja
- 2) Associações de Bairro
- 3) Centro de Convivência do Idoso
- 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
- 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso

- 6) CRAS
- 7) CREAS
- 8) Organização Não Governamental (ONG)
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
- 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da unidade

88. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de violência contra idosos são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração do idoso
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Não sabe informar
- 9) Não temos esse tipo de demanda específica
- 10) Não atende idosos

89. Em caso de detecção da violência contra idosos são realizados seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- 4) Denúncia à autoridade policial
- 5) Notificação Compulsória
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 7) Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

90. As ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da funcionalidade familiar (dinâmica e estrutura)
- 2) Investigação da rede de apoio social
- 3) Suporte informativo aos cuidadores
- 4) Avaliação do estresse do cuidador
- 5) Detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar
- 6) Grupo de apoio aos cuidadores
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

91. As ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
- 3) Visitas periódicas com médico(a)
- 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, entre outros)
- 5) Orientações de higiene bucal
- 6) Assistência odontológica domiciliar
- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
- 9) Orientações e assistência em saúde sexual e reprodutiva
- 10) Registro das ações domiciliares em prontuário
- 11) Atenção à família em caso de óbito
- 12) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, entre outros)
- 13) Não realizamos cuidados no domicílio

92. Na Atenção à Saúde Mental a Unidade Básica de Saúde conta com o apoio Municipal ou Regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (ex: A.A, N.A, ...)
- 2) Grupos de Igreja

- 3) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 4) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 5) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
- 6) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- 7) CAPS AD III infanto-juvenil- Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
- 8) CAPS - Centro de Atenção Psicossocial para transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
- 9) SRT – Serviço Residenciais Terapêuticos
- 10) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 11) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
- 12) Unidade de Acolhimento
- 13) Programa de Volta para Casa
- 14) Consultório na Rua
- 15) República para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

93. As ações realizadas em casos de **alcoolismo** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de outras drogas
- 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade
- 4) Intervenção Breve
- 5) Grupos de apoio ao usuário
- 6) Grupos de apoio aos familiares
- 7) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência
- 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde
- 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao alcoolismo
- 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, AA, outros)
- 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda

94. As ações realizadas em casos uso abusivo de **outras drogas** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de álcool
- 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade
- 4) Intervenção Breve
- 5) Grupos de apoio ao usuário
- 6) Grupos de apoio aos familiares
- 7) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência
- 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde
- 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, NA, outros)
- 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda

95. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica para avaliação clínica
- 3) Visita domiciliar para avaliação de vulnerabilidade social
- 4) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 5) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 6) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade
- 7) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- 8) Não realizamos atendimento dessa população específica

96. O **controle do uso continuado** (crônico) de benzodiazepínicos é realizado por:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Exclusivamente a critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia os casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- 3) Registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- 4) Revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos

97. As ações regularmente programadas voltadas à **saúde do homem** nesta unidade abordam os seguintes temas, agravos ou problemas de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
- 2) Prevenção de DST/ aids
- 3) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- 4) Paternidade e relações familiares
- 5) Acesso a métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- 6) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- 7) Vivência, práticas e/ou exposição a situações de violência
- 8) Prevenção e rastreamento de câncer de próstata e outras neoplasias
- 9) Cuidados e reabilitação da incontinência urinária masculina
- 10) Prevenção e educação sobre impotência (diabetes, hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo, quedas de testosterona, acidentados, entre outros)
- 11) Atenção e orientações sobre andropausa
- 12) Atenção à saúde mental
- 13) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

III. 2. Ações programadas para agravos e condições específicas

98. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de doença de notificação compulsória (por exemplo: tuberculose, sífilis, meningite, dengue, leishmaniose, febre maculosa, entre outros), a Unidade realiza:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Preenchimento da ficha de notificação compulsória
- 3) Ações de educação e prevenção para os usuários **na unidade**
- 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 5) Ações de educação e prevenção **na comunidade**
- 6) Outro Qual _____
- 7) Não realiza nenhuma atividade

99. As ações realizadas em **caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis** (DST) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
- 2) Tratamento sintomático
- 3) Aconselhamento pré teste
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para Hepatites virais
- 6) Teste rápido para Sífilis
- 7) Coleta de sorologia para HIV e sífilis
- 8) Coleta de sorologia para hepatites virais
- 9) Investigação etiológica e tratamento na unidade
- 10) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
- 11) Encaminhamento para serviço de referência
- 12) A Unidade não atende DST/AIDS

100. Em caso de resultado **POSITIVO** de sorologia para HIV, Hepatites B e C ou Sífilis, a Unidade realiza:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Notificação e arquivamento dos resultados no prontuário enquanto aguarda comparecimento do paciente
- 2) Notificação e informação do resultado positivo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email), encaminhamento para unidade de referência em DST e aids
- 3) Notificação e convocação para orientação sobre os diagnósticos, alternativas de tratamento e cuidados com os parceiros; acompanhamento e encaminhamento para serviços especializados, quando indicado
- 4) Encaminha para unidade de referência
- 5) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

101. Em caso de resultado **NEGATIVO** para as sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C a Unidade realiza:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição, caso ele tenha interesse em saber
- 2) Aconselhamento pós-teste com explicação do resultado, orientação sobre prevenção e sensibilização para o uso do preservativo (em atendimento individual ou em grupo)
- 3) Informação do resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)

4) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites

102. Com relação à atenção aos casos de tuberculose a Unidade realiza:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
- 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 3) Ações educativas
- 4) Pesquisa de HIV
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
- 8) Tratamento supervisionado na unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
- 11) Notificação epidemiológica
- 12) Não realizamos ações voltadas para Tuberculose

103. Com relação à atenção aos casos de **Hanseníase** a Unidade realiza:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
- 2) Acompanhamento de casos
- 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- 4) Ações educativas na família e na comunidade
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- 8) Tratamento supervisionado na unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- 11) Notificação epidemiológica
- 12) Não realizamos ações voltadas para Hanseníase

104. Na atenção a pessoas com **deficiências – PCD** (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais), são desenvolvidas as seguintes ações:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
- 2) Orientação para os cuidadores
- 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
- 8) Ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva
- 9) Vigilância e atenção em casos de violência
- 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na unidade
- 11) Não realizamos atenção a portadores de necessidades especiais

105. As ações realizadas pela Unidade para atenção à Saúde do Trabalhador são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Assistência ao trabalhador
- 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
- 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
- 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
- 5) Notificação epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho
- 6) Encaminhamento para serviços de referência
- 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
- 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
- 9) Orientações quanto aos direitos sociais
- 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
- 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador

106. No caso de acidentes com material biológico com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfuro cortante - as condutas tomadas são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
- 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
- 3) Coleta de sorologia para HIV do profissional acidentado
- 4) Coleta de sorologia para hepatite B do profissional acidentado

- 5) Coleta de sorologia para hepatite C do profissional acidentado
- 6) Teste rápido para HIV do profissional acidentado
- 7) Teste rápido para hepatite B do profissional acidentado
- 8) Teste rápido para hepatite C profissional acidentado
- 9) Coleta de sorologia para HIV do paciente fonte
- 10) Coleta de sorologia para hepatite B do paciente fonte
- 11) Coleta de sorologia para hepatite C do paciente fonte
- 12) Teste rápido para HIV do paciente fonte
- 13) Teste rápido para hepatite B paciente fonte
- 14) Teste rápido para hepatite C paciente fonte
- 15) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 16) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- 17) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (Sinan)
- 18) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
- 19) Encaminhamento para serviço de referência
- 20) Nenhuma das condutas anteriores

III. 8. Saúde Bucal

107. O público alvo do atendimento odontológico é:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês
- 3) Todas as crianças com até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Idosos (> 60 anos)
- 6) Pronto atendimento para queixas agudas
- 7) Pacientes acamados
- 8) Todos os pacientes atendidos na Unidade
- 9) Outros Quais: _____
- 10) Não temos equipe de saúde bucal na unidade

108. As **atividades** desenvolvidas pela equipe de saúde bucal são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento clínico individual para queixas agudas
- 2) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo

- 3) Educação em saúde bucal dentro da Unidade
- 4) Educação em saúde bucal em escolas
- 5) Educação em saúde bucal em creches
- 6) Outras atividades de educação em saúde bucal fora da Unidade
- 7) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 8) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

109. Os **procedimentos** para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de saúde bucal da Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Drenagem de abscesso
- 2) Sutura
- 3) Extração de dente
- 4) Frenectomia
- 5) Remoção de cistos
- 6) Acesso à polpa dentária
- 7) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- 8) Aplicação tópica de flúor
- 9) Restauração de amálgama
- 10) Restauração com resina composta
- 11) Pulpotomia
- 12) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
- 13) Tratamento de alveolite
- 14) Ulotomia/Ulectomia
- 15) Cimentação de prótese
- 16) Outro Qual: _____
- 17) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV PERFIL DE ATIVIDADES

110. As **atividades de rotina** realizadas pelo **dentista** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados)
- 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de saúde bucal

- 4) Consulta de seguimento programático (gestantes, crianças, entre outros)
- 5) Atendimento de urgências
- 6) Atendimento de livre demanda
- 7) Pequenas cirurgias ambulatoriais
- 8) Gerenciamento dos insumos de saúde bucal
- 9) Visita domiciliar
- 10) Participação nas reuniões de equipe
- 11) Coleta de material para biópsia
- 12) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade
- 13) Participação em outros grupos programáticos (gestante, outros)
- 14) Ações de educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros
- 15) Atestado para afastamento do trabalho de até 15 dias
- 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- 17) Supervisão do técnico/auxiliar de saúde bucal
- 18) Atividades de educação permanente da equipe da unidade
- 19) Atividades de educação permanente da equipe de saúde bucal
- 20) Uso de ficha específica de atendimento
- 21) Registro de atendimentos em prontuário
- 22) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta
- 23) Encaminhamento para serviços de referência
- 24) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 25) Outros Quais _____
- 26) Esse serviço não dispõe desse profissional

111. As atividades realizadas pelo **auxiliar/técnico de saúde bucal** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão
- 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão
- 3) Manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos e do consultório
- 4) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade
- 5) Educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros
- 6) Participação nas reuniões de equipe
- 7) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente
- 8) Auxílio e instrumentalização do cirurgião dentista em intervenções clínicas
- 9) Descarte de produtos e resíduos odontológicos (biossegurança)
- 10) Esse serviço não dispõe desse profissional

112. As atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- 2) Consulta de enfermagem de casos “extras” (não agendados)
- 3) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, DST e outros)
- 4) Orientações gerais para gestantes, hipertensos/diabéticos, entre outros
- 5) Prescrição de medicamentos para condições com protocolo pré estabelecido
- 6) Orientação para o uso correto de medicamentos
- 7) Coleta de citologia oncótica
- 8) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem
- 9) Aconselhamento em DST/Aids
- 10) Grupos educativos/assistências
- 11) Visita domiciliar
- 12) Atendimento de urgência e emergência
- 13) Notificação epidemiológica
- 14) Gerenciamento da unidade
- 15) Supervisão da equipe de enfermagem/agentes comunitários
- 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- 17) Participação das reuniões de equipe multiprofissional
- 18) Avaliação dos faltosos em consulta
- 19) Atividades de educação permanente da equipe
- 20) Registro de seus atendimentos em prontuário
- 21) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 22) Outros Quais _____
- 23) Esse serviço não dispõe desse profissional

113. As atividades de rotina realizada pelo auxiliar/técnico de enfermagem são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão
- 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão
- 3) Aplicação de vacina
- 4) Orientação e acompanhamento do cartão de vacina
- 5) Aplicação de medicamentos
- 6) Curativos

- 7) Agendamento de consultas na Unidade
- 8) Aferição de peso, altura, temperatura, pressão arterial
- 9) Coleta de sangue para exames laboratoriais
- 10) Verificação de queixas agudas que exijam atendimento prioritário
- 11) Agendamento de exames e consultas
- 12) Orientação sobre o uso de preservativos
- 13) Orientação para coleta de exames
- 14) Orientação sobre prevenção de câncer de mamas
- 15) Orientação sobre o uso da medicação
- 16) Orientações nutricionais e dietéticas
- 17) Discussão sobre as dificuldades com o diagnóstico/tratamento
- 18) Grupos educativos/assistenciais
- 19) Visita domiciliar
- 20) Procedimentos para pacientes acamados
- 21) Convocação de faltosos
- 22) Outros Quais_____
- 23) Esse serviço não dispõe desse profissional

114. As atividades de rotina realizadas pelo **agente comunitário de saúde** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Cadastramento das famílias da área de abrangência
- 2) Atividades de educação em saúde
- 3) Visita Domiciliar
- 4) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 5) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 6) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 7) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 8) Identificação de casos de violência intradomiciliar
- 9) Entrega de fichas de encaminhamento
- 10) Agendamento de consultas na Unidade
- 11) Captação de gestantes para inscrição no pré-natal
- 12) Captação de crianças menores de um ano
- 13) Busca ativa para vacinação
- 14) Busca ativa de hipertensos e diabéticos
- 15) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 16) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase

- 17) Identificação e orientação de usuários acamados
- 18) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 19) Outros Quais _____
- 20) Esse serviço não dispõe desse profissional

115. As atividades de rotina realizadas pelo(s) médico(s) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados)
- 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem
- 4) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, entre outros)
- 5) Atendimento e estabilização de casos de urgência/ emergência
- 6) Aconselhamento em DST/Aids
- 7) Grupos educativos/assistenciais
- 8) Visita domiciliar
- 9) Pequenos procedimentos cirúrgicos (suturas, drenagem de abscesso, remoção de corpo estranho e outros)
- 10) Notificação epidemiológica
- 11) Atestado médico para afastamento do trabalho de até 15 dias
- 12) Participação nas reuniões de equipe
- 13) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- 14) Atividades de educação permanente da equipe
- 15) Registro de atendimento em prontuário
- 16) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta
- 17) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 18) Outros Quais _____
- 19) Esse serviço não dispõe desse profissional

V. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO GERENCIAL

116. A gerência local da Unidade é exercida por:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro
- 2) Médico
- 3) Dentista
- 4) Assistente Social

- 5) Outro Profissional Qual: _____
- 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 7) Essa Unidade não tem gerente

117. A carga horária do gerente na Unidade é de:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) 40 horas semanais
- 2) 30 horas semanais
- 3) 20 horas semanais
- 4) Outra Qual: _____
- 5) Essa Unidade não tem gerente

118. O relacionamento predominante da Unidade com o nível central (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
- 3) Visita eventual de supervisão
- 4) Comunicações escritas ou por internet
- 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central

119. Na Unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram com periodicidade:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Bimestral ou intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
- 6) Não ocorreram reuniões

120. Os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, foram:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Informes
- 2) Rotinas da Unidade

- 3) Escala de pessoal
- 4) Organização do trabalho: avaliação, implantação de novas ações
- 5) Atualizações técnicas
- 6) Conflitos interpessoais
- 7) Discussão de casos
- 8) Planejamento de ações
- 9) Outros Qual: _____
- 10) Não ocorreram reuniões

121. Os profissionais que participaram de treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas entre outros, no último ano, foram:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Médicos
- 2) Enfermeiros
- 3) Dentistas
- 4) Auxiliares/ Técnico de Enfermagem
- 5) Auxiliares/Técnico de Higiene Dental
- 6) Agentes Comunitários
- 7) Pessoal Administrativo
- 8) Outros profissionais Quais: _____
- 9) Nenhuma Categoria

122. Os principais temas abordados nas estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
- 2) Saúde da Mulher
- 3) DST e Aids
- 4) Saúde da Criança
- 5) Saúde do Homem
- 6) Saúde do Idoso
- 7) Saúde Mental
- 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
- 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 10) Outros Quais: _____

11) Não realizou atividades

123. Os principais temas abordados nas reuniões do conselho local de saúde da Unidade, no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) O conselho atual não se reúne
- 2) Problemas relativos ao atendimento
- 3) Diagnóstico e priorização dos problemas do território
- 4) Planejamento de atividades educativas na comunidade
- 5) Os direitos e responsabilidades dos conselheiros
- 6) Intervenções nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde
- 7) A Conferência Municipal de Saúde
- 8) Preocupações com acesso e direitos diferenciados dos conselheiros
- 9) Não existe conselho de saúde na Unidade

124. As reclamações de usuários podem ser encaminhadas por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) Site da internet
- 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- 5) Diretamente à direção local da Unidade
- 6) Diretamente ao conselho de saúde da Unidade (conselho de gestão local)
- 7) Conselho Municipal de Saúde
- 8) Diretamente com o nível central
- 9) Outros Qual _____
- 10) Não há canais formais de reclamação

125. Os principais obstáculos a serem vencidos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde nessa unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Não-cumprimento do horário médico
- 3) Falta de capacitação da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal

- 4) Falta de capacitação adequada da equipe de nível universitário
- 5) Falta de compromisso dos profissionais médicos
- 6) Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário
- 7) Falta de compromisso da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal
- 8) Falta de realização de um trabalho em equipe
- 9) Necessidade de informatizar o registro de dados
- 10) Falta de medicamentos
- 11) Falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura (como suporte técnico, incentivos financeiros, plano de carreira, entre outros)
- 12) Falta de mobilização da comunidade
- 13) Excesso de demanda
- 14) Inadequação da postura dos usuários
- 15) A má remuneração dos profissionais
- 16) Falta de recursos humanos
- 17) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 18) Falta de retaguarda de serviços especializados para referência
- 19) Falta de contra referência por parte dos serviços especializados
- 20) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
- 21) Outros
- 22) Não existem obstáculos importantes

126. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Somente pelo Gerente da Unidade
- 2) Pelo Gerente e pelos médicos
- 3) Pela equipe toda de profissionais
- 4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- 5) Pelo Secretário (a) Municipal de Saúde
- 6) Outros Quais: _____

Anexo B. Autorização Diretoria Regional de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS VI BAURU
RUA QUINTINO BOCAIUVA, 5-45 – BAURU/SP.
FONE: (14) 3235 0150 – FAX: 3235 0221
C. ELETRÔNICO: drs6@saude.sp.gov.br

DECLARAÇÃO

DECLARO que tenho ciência do desenvolvimento do Projeto "Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional" aprovado no edital universal do Comitê Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Processo N° 485848/2012-0), na qual será aplicado na RRAS 09 em 2014 e autorizo através de análise dos dados o desenvolvimento da Pesquisa "Avaliação da qualidade de ações para idosos em serviços de atenção primária no Estado de São Paulo", a ser conduzida pela Nádja Placideli, orientada pela Prof^a. Dr^a. Elen Rose Lodeiro Castanheira, junto a esta Entidade.

Bauru, 15 de Setembro de 2014.

Cleise Mei de Souza
Diretor Técnico de Saúde III
Gabinete

Anexo C. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS AÇÕES RELACIONADAS AO USO ABUSIVO DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**Pesquisador:** Josiane Fernandes Lozigia Carrapato**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 36830114.0.0000.5411**Instituição Proponente:** Centro de Saúde Escola**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 855.607**Data da Relatoria:** 02/11/2014**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto que se propõe a avaliar a qualidade da atenção a usuários de álcool e outras drogas ilícitas em unidades básicas de saúde e no programa da saúde da família. Os proponentes justificam a proposta tendo em vista as proporções epidêmicas destes agravos e o importante papel da atenção básica à saúde como porta de acesso de dependentes químicos a um tratamento adequado.

O projeto apresentado está, em sua maior parte, contido no Projeto QualiAB (Avaliação de qualidade da atenção básica, já aprovado neste CEP e que conta com fomento CNPq, edital Universal Processo nº 485848/2012-0). Atualmente em sua terceira versão, o projeto QualiAB pretende avaliar a qualidade da atenção básica através de amostra de unidades de saúde de quatro Estados brasileiros. A avaliação baseia-se, em parte, na aplicação de questionário a gestores de unidades básicas de saúde. Previamente à constituição da amostra nacional, os pesquisadores realizarão um piloto nos 68 municípios que compõem a RRAS 09 (Rede Regional de Atenção à Saúde), área correspondente à Direção Regional de Saúde de Bauru (DRS VI).

Este projeto concentra-se nos resultados de aplicação do questionário a 313 gestores de unidades de atenção primária (unidades básicas, saúde da família) em municípios da DRS VI. Serão analisadas por métodos quantitativos as questões pertinentes à atenção a usuários de álcool e

Endereço: Chácara Butignolli, s/n**Bairro:** Rubião Junior**CEP:** 18.618-970**UF:** SP**Município:** BOTUCATU**Telefone:** (14)3880-1608**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 855.607

drogas ilícitas.

Nesse ponto, acrescenta-se uma etapa que não consta no projeto QualiAB. Os gestores das unidades com melhores indicadores de atenção ao abuso de álcool e drogas serão convidados a participar de etapa qualitativa. Após consentimento, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas baseadas nos achados da etapa anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de ações voltadas a pessoas com história de uso abusivo de álcool de drogas ilícitas nos municípios da Rede de Atenção Básica (RRAS 09)/Bauru.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de um estudo em sua maior parte já contido em projeto previamente aprovado, que permitirá ampla avaliação da qualidade da atenção básica em nossa região e no país - um benefício inquestionável. Fazendo o recorte da seção voltada às ações para dependentes químicos, aborda-se um item cuja discussão se faz premente, com importantes benefícios diretos (possibilidade de aprimoramento das unidades incluídas no estudo) e indiretos. Os riscos são mínimos, desde que seja mantida a confidencialidade das entrevistas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa usará dados locais do QualiAB e acrescentará a etapa qualitativa, com entrevista de gestores de unidades com melhores indicadores de ações voltadas a dependentes químicos. Trata-se de projeto de doutorado a ser desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Saúde coletiva da FMB-UNESP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se os documentos pertinentes, inclusive autorização da DRS-VI (Bauru) para realização do estudo. Como o projeto envolve apenas uma análise de dados do QualiAB, não há termo de consentimento para sua primeira etapa (um termo do QualiAB já terá sido aplicado).

O termo de consentimento específico será aplicado para a fase qualitativa da pesquisa e está escrito de forma clara, completa e compreensível para os sujeitos (gestores de unidades de atenção básica).

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação, sem necessidade de envio à CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Continuação
do Parecer:
855.607

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 03 de Novembro de 2014, sem necessidade de envio à CONEP.

Solicitamos aos pesquisadores que apresentem ao CEP o “Relatório Final de Atividades” ao final do estudo.

BOTUCATU, 03 de Novembro de 2014

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone:

--

Anexo D. Termo de Adesão Gestor Municipal QualiAB 2014

TERMO DE ADESÃO

O Projeto *“Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional”*, tem por finalidade avaliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde em quatro estados brasileiro, por meio do questionário QualiAB com questões de múltipla escolha para resposta *on line* pelos gestores dos serviços em conjunto com as equipes das unidades.

Os objetivos gerais da avaliação são: estimular o desenvolvimento de uma cultura avaliativa com o envolvimento dos gestores municipais e equipes locais de saúde e contribuir com o fortalecimento das políticas de Atenção Básica no país.

Espera-se com esse processo obter uma visão geral da organização da atenção primária no país, segundo os profissionais que atuam diretamente na assistência prestada à população, identificando fortalezas e debilidades na estrutura, organização da assistência e gerenciamento local, enquanto dimensões capazes de qualificar a atenção realizada nos serviços.

Para as equipes das unidades básicas de saúde e o gestor municipal, o QualiAB representa um instrumento de avaliação e monitoramento da organização da oferta em cada unidade, e da organização da assistência da rede municipal de atenção básica como um todo.

Os nomes dos profissionais, dos serviços ou dos municípios participantes não serão divulgados de nenhum modo em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga.

A adesão dos municípios é voluntária e não está associada a nenhuma medida de incentivo fiscal ou financeiro.

Não se trata de uma avaliação de desempenho profissional e os profissionais, individualmente, não são objetos de nenhum tipo de avaliação. O gestor municipal de saúde assume o compromisso que as informações contidas no questionário em hipótese alguma prejudicarão o trabalho ou a inserção de qualquer profissional no serviço.

Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira. Coordenadora do Projeto



Ao clicar em "Eu Aceito" você está concordando com todos os termos descritos no texto acima.

Eu Aceito