

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Antonio Moacir de Jesus Lima

**CONTRIBUIÇÃO DA ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SEGUNDO SEUS ATRIBUTOS ESSENCIAIS PARA A QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: um estudo a partir do PMAQ-AB**

Belo Horizonte

2021

Antonio Moacir De Jesus Lima

**CONTRIBUIÇÃO DA ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SEGUNDO SEUS ATRIBUTOS ESSENCIAIS PARA A QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: um estudo a partir do PMAQ-AB**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para o título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Alaneir de Fátima dos Santos

Co-orientadora: Eli Iola Gurgel Andrade

Belo Horizonte

2021

L732c Lima, Antonio Moacir de Jesus.
Contribuição da estruturação de Atenção Primária à Saúde segundo seus atributos essenciais para a qualidade da Assistência em Saúde Mental [manuscrito]: um estudo a partir do PMAQ-AB. / Antonio Moacir de Jesus Lima. - - Belo Horizonte: 2021.
216f.: il.
Orientador (a): Alaneir de Fátima dos Santos.
Coorientador (a): Eli lola Gurgel Andrade.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. 4. Assistência à Saúde Mental. 5. Modelos de Assistência à Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Santos, Alaneir de Fátima dos. II. Andrade, Eli lola Gurgel. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: W 84.6

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO

ANTÔNIO MOACIR DE JESUS LIMA

Às 09:00 horas do dia 10 de maio de 2021, através de transmissão por videoconferência pela Plataforma Lifesize ([Link da transmissão no YouTube: https://youtu.be/NGz4-Z6i40I](https://youtu.be/NGz4-Z6i40I)), realizou-se a sessão pública para a defesa da Tese de **ANTÔNIO MOACIR DE JESUS LIMA**. A presidência da sessão coube a **Professora Alaneir de Fátima dos Santos**, orientadora. Inicialmente, a presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: **Prof(a). Eli lola Gurgel Andrade - coorientadora (UFMG), Prof(a). Ana Marta Lobosque (Prefeitura Municipal de BH), Prof(a). Aylene Emilia Moraes Bousquat (USP), Prof(a). Lígia Giovanella (FIOCRUZ), Prof(a). Selma Maria da Fonseca Viegas (UFSJ)**. Em seguida, o candidato fez a apresentação do trabalho que constitui sua **Tese de Doutorado**, intitulada: "**ESTRUTURAÇÃO DA APS CONSIDERANDO SEUS ATRIBUTOS ESSENCIAIS E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL: um estudo a partir do PMAQ-AB**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar **aprovada a Tese de Doutorado**. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 10 de maio de 2021.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Eli lola Gurgel Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 14/05/2021, às 16:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alaneir de Fatima dos Santos, Coordenador(a)**, em 20/05/2021, às 17:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ligia Giovanella, Usuário Externo**, em 20/05/2021, às 19:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Selma Maria da Fonseca Viegas, Usuário Externo**, em 21/05/2021, às 10:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aylene Emilia Moraes Bousquat, Usuário Externo**, em 21/05/2021, às 15:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Marta Lobosque de Oliveira, Usuário Externo**, em 26/05/2021, às 15:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0714637** e o código CRC **ECA94D2C**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo sonho concluído. À memória dos meus pais, que honro com essa vitória. Aos meus irmãos, pela força, conversas, torcida, suporte emocional, correções de português, tradução dos resumos, transcrições das entrevistas. Aos meus queridos filhos, Ana Clara, Carolina Vitória e João Vitor, pelo carinho, incentivo, inspiração e por aceitarem minhas ausências. À minha neta Melina, que chegou no final para dar um novo colorido ao processo. À Vanessa, mãe dos meus filhos, pelo cuidado com os nossos filhos durante o meu distanciamento.

Ao meu amigo, Geraldo, pela acolhida em sua casa em BH; ao Adnaldo, pela inspiração inicial; e ao meu amigo Wagner, pelo suporte no artigo. Aos caríssimos, padre Saldanha e sacerdote Francisco, pelas constantes orações, e ao Ion Ran, pela energia espiritual que me renovava.

À minha orientadora, Alaneir de Fátima dos Santos, e à minha coorientadora, Eli Iola Gurgel Andrade, por me acolherem no programa, estarem ao meu lado desde o início, por acreditarem em mim e me guiarem nesse processo árduo e prazeroso. Não posso deixar de mencionar o carinho e a dedicação de minha orientadora, agradeço pelas leituras sem fim e pela paciência durante esses quatro anos de trabalho conjunto.

Aos meus amigos do Departamento de Enfermagem da UFVJM, que proporcionaram o meu afastamento para cursar o doutorado e que cumpriram com maestria as minhas ausências. À minha amiga, Maria que me mostrou o caminho das pedras e, com sabedoria, guiou-me ao longo do processo. À amiga de sempre, Selma, por acreditar no meu trabalho e caminhar junto comigo. À Marilene Gomes pelo suporte técnico e emocional nas transcrições das entrevistas, pelo carinho e paciência nas minhas ausências.

À minha amiga, Rosélia, pelo suporte na formatação das referências. Ao meu amigo, Hugo, que me recebeu em sua sala na Faculdade de Medicina para guiar todo o processo. Aos colegas e professores do programa, pelo incentivo e por acreditarem em mim. Aos funcionários da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pelo apoio burocrático e administrativo. À coordenação do programa, pelo suporte financeiro para cópias e participação em congresso.

Aos taxistas que me transportaram por longos 4 anos de Diamantina para BH, pelas longas conversas e pela paciência dos atrasos. Aos funcionários das bibliotecas, pela atenção e carinho. Ao Lucas, pelo incentivo metodológico e suporte estatístico.

Aos profissionais das 10 Equipes de Saúde da Família, 05 secretários municipais de saúde e 6 coordenadores da APS dos municípios participantes da pesquisa.

À Maria Rizioneide, por despertar em mim o desejo pelo mestrado, doutorado, docência e me incentivar a ir sempre em frente.

A todos que, diretamente e indiretamente, contribuíram para que eu chegasse até o final com a certeza do dever cumprido, gostaria de expressar a minha gratidão e carinho.

RESUMO

A inserção da saúde mental na atenção primária está em curso no país desde a década de 90, com a exigência de redirecionalização do modelo assistencial e a efetivação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Este estudo teve como objetivo geral conhecer a contribuição da estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) segundo seus atributos essenciais para a qualidade da assistência em saúde mental: um estudo a partir do PMAQ-AB. Optou-se por um estudo com duas fases distintas e sequenciais, em que a primeira foi de abordagem quantitativa dos dados, fornecendo resultados para a segunda fase de abordagem qualitativa. O estudo quantitativo teve como objetivo verificar se as equipes de atenção primária no Brasil que possuem os atributos da APS melhor estruturados conseguem oferecer um bom atendimento em saúde mental. Foi realizado um estudo transversal a partir dos dados do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, referentes às 29.778 Equipes de Atenção Básica que foram avaliadas pelo programa. Os dados foram coletados na fase de avaliação externa de 2013 a 2014. Foram criadas duas tipologias: qualidade da assistência em saúde mental (variável dependente) e estruturação da APS segundo seus atributos essenciais (variável independente). Para a tipologia de estruturação da APS segundo os atributos, utilizou-se a técnica Delphi para a consensualização quanto às perguntas que seriam utilizadas para compor cada atributo. As variáveis utilizadas foram referendadas por quatro especialistas. Para a tipologia de qualidade do cuidado em saúde mental, foram identificadas as perguntas relativas a este conteúdo. Foram realizados somatórios das perguntas para a categorização dos índices. A seguir, por meio de análises de regressão logística multinomial, buscou-se a associação entre as duas tipologias e, posteriormente, identificou-se qual atributo mais contribuía na qualidade da atenção em saúde mental. Quase um terço (29,2%) das equipes se encontra em um nível ruim de estruturação da qualidade de assistência em saúde mental, com a maioria das equipes se situando no nível médio. Somente 18,7% das equipes se situam no nível alto. Para a estruturação da APS, há um pequeno número de equipes (7,5%) no nível baixo de estruturação, (5,93%) no nível alto, e a maioria (86,52%) também se situa no nível médio. As diferenças regionais são mantidas tanto para a estruturação da APS quanto para a qualidade da assistência à saúde mental, com os melhores índices nas Regiões Sul e Sudeste e os piores nas Regiões Norte e Centro-Oeste. A contribuição dos atributos para a estruturação da qualidade da assistência à saúde mental é diferente no melhor e no pior cenário. A Integralidade é o atributo que mais contribui no melhor cenário, e o atributo Coordenação, no pior cenário.

As associações foram positivas para todos os atributos. O resultado para o atributo geral-APS (somatório dos atributos essenciais) evidenciou uma chance de 14,7 vezes mais de produzir uma melhor qualidade da assistência em saúde mental quando a APS está estruturada. Possuir alto nível de Integralidade está associado a ter também alto nível de qualidade da assistência em saúde mental (OR: 3,21). Conclui-se que há um predomínio de baixos níveis da qualidade da assistência na área da saúde mental, evidenciando a necessidade de ações integradas e coordenadas para essa área na APS no Brasil. O estudo qualitativo foi orientado pela etnometodologia, e os resultados encontrados na fase I nortearam as discussões da fase II, no sentido de aprofundá-las. Os achados da primeira fase confirmaram a hipótese inicial do estudo de que as equipes participantes do PMAQ-AB que possuem os atributos essenciais da APS melhor estruturados apresentam maiores chances em oferecer uma melhor qualidade da assistência na área da saúde mental. Assim, o objetivo da fase qualitativa foi compreender como as EqAB com melhor estruturação da APS, segundo seus atributos essenciais, prestam assistência na área da saúde mental. Para tanto, foram realizadas entrevistas individuais e grupos de discussão com gestores, coordenadores e profissionais das equipes de APS. A pesquisa foi desenvolvida em cinco municípios da Região do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, no período de nove meses (abril a dezembro) de 2019. Foram incluídas no estudo as equipes que aceitaram o convite para participar da pesquisa, cujos gestores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que possuíam, simultaneamente, alta e baixa qualidade na oferta de cuidados de saúde, assim como de estruturação da APS em seus distintos atributos. As fontes de evidências foram entrevista individual (cinco com gestores municipais e seis com os coordenadores da APS) e grupos de discussão (10 Grupos de Discussão, com participação de 85 pessoas). As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas. Os resultados permitiram sistematizar ações das equipes da APS no contexto da saúde mental: desvendar o mundo dos transtornos mentais intramuros por meio da visita domiciliar e da presença na escola; universos distintos com formatos tradicionais até os problemas de saúde mental advindos das redes sociais; expansão de abordagem e apoio para os pacientes de saúde mental e percepção pelas equipes da APS da transferência dos estigmas que operam na rede de saúde mental. Foram constatados limites na atuação das equipes de APS, envolvendo a classificação de risco na área de saúde mental, o acompanhamento sistemático dos pacientes e políticas de redução de medicação e a atuação do Centro de Atenção Psicossocial. Contudo, pode-se concluir que a APS é inserida no projeto da reforma psiquiátrica brasileira também de forma humanizada, aprofundando seus preceitos.

Este estudo cumpre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos segundo a Resolução 466/2012, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob Parecer nº 28804, aprovado em 30/05/2012.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Assistência à Saúde Mental; Modelos de Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The insertion of mental health in primary care is underway in the country. In order to know this reality, we opted for the mixed study with two distinct sequential phases in which the first Quantitative provides the data for the second qualitative phase. The quantitative study aimed to verify whether the primary care teams in Brazil that have the attributes of Primary Health Care (PHC) better structured are able to offer good care in Mental Health. For this, it has two very distinct phases. Cross-sectional study based on data from the 2nd cycle of the Program for Improving Access and Quality in Primary Care, referring to the 29,778 Primary Care Teams that were evaluated by the program. Data were collected in the external evaluation phase from 2013 to 2014. Two types were created: Quality of mental health care (dependent variable) and structuring of PHC according to its essential attributes (independent variable). For the typology of structuring PHC according to the attributes, the Delphi technique was used to reach consensus regarding the questions that would be used to compose each attribute. The variables used were endorsed by four specialists. For the typology of quality of care in Mental Health, questions related to this content were identified. Sums of the questions were performed to categorize the indexes. Then, through multinomial logistic regression analyzes, the association between the two typologies was sought and later, it was identified which attribute most contributed to the quality of mental health care. Almost a third (29.2%) of the teams are in a poor level of structuring the quality of assistance in Mental Health, with the majority of the teams being at the medium level. Only (18.7%) of the teams are at the high level. For the structuring of PHC there is a small number of teams (7.5%) at the low level of structuring, (5.93%) at the high level and the majority (86.52%) is also at the medium level. Regional differences are maintained both for structuring PHC and for the quality of mental health care, with the best rates in the South and Southeast regions and the worst in the North and Central-West regions. The contribution of attributes to the

structuring of the quality of mental health care is different in the best and the worst scenario. Comprehensiveness is the attribute that contributes the most in the best scenario and the Coordination attribute in the worst scenario. The associations were positive for all attributes. The result for the broad-PHC attribute (sum of the essential attributes) showed a 14.7 times greater chance of producing a better quality of mental health care when PHC is structured. Having a high level of comprehensiveness is also associated with having a high level of quality of mental health care (OR: 3.21). It is concluded that there is a predominance of low levels of quality of care in the area of mental health, highlighting the need for integrated and coordinated actions for this area in PHC in Brazil.

Qualitative study - second phase: the second phase was developed through a qualitative study, guided by ethnomethodology and the results found in phase I (quantitative) guided the discussions of phase II (qualitative) in order to deepen the discussions on the theme. The findings of the first phase confirmed the initial hypothesis of the study that the teams participating in the PMAQ-AB that have the essential attributes of PHC better structured are more likely to offer a better quality of assistance in the area of mental health. Thus, the objectives of the second phase were to understand: 1) How PHC teams with the best PHC structuring provide assistance in the mental health area and 2) How the PHC teams with the worst PHC structuring provide assistance in the mental health area. To this end, individual and collective interviews were conducted with managers, coordinators and professionals from PHC teams. The research was carried out in five municipalities in the Vale do Jequitinhonha region, Minas Gerais State, in the nine-month period (April to December) of 2019. The teams that accepted the invitation to participate in the study were included in the study, whose managers signed the Informed Consent Form (ICF) and who had both high and low quality in the provision of health care as well as structuring PHC in its different attributes. As an instrument for data collection, five individual interviews were conducted with municipal managers and six interviews with PHC coordinators. The collective interviews totaled ten and were in the form of Discussion Groups. All material collected was recorded, transcribed in full and analyzed in depth. Some of the main thematic categories that emerged were: unveil the world of intramural mental disorders through home visits and presence at school; distinct universes with traditional formats to mental health problems arising from social networks; expansion of approach and support for mental health patients and perception by PHC teams of the transfer of stigmas that operate in the mental health network.

This study complies with the regulatory norms and guidelines for research involving

human beings of Resolution 466/2012, with approval by the Institutional Review Board of *Universidade Federal de Minas Gerais*, under Registration 28804, approved on 05/30/2012.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Health Evaluation.

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Para se chegar ao universo de que falo sobre inserção da SM na APS é necessário situar os leitores da minha trajetória profissional, das minhas pulsões e desejos para teorizar o tema a partir de uma prática vivenciada no contexto da APS, serviços substitutivos e Instituições de Ensino Superior que tive a oportunidade de receber os conhecimentos.

Desde a minha graduação em enfermagem pela Faculdade de Odontologia de Diamantina, há 23 anos, pude experienciar a construção de um serviço substitutivo, e, 2 anos depois, como discente bolsista atuando no serviço de urgência da Santa Casa de Caridade. Transitar nesses cenários permitiu a ampliação do meu olhar para o cuidado com as pessoas em condição de sofrimento psíquico. Assim, defendi meu TCC sobre os transtornos psicossomáticos para entender as causas que levavam as pessoas a procurarem o serviço de urgência devido a situações psíquicas.

Já graduado, em 2002, fiz minha primeira especialização em Saúde da Família e no ano seguinte outra especialização em SM pela Universidade Federal de Minas Gerais. Foi nesse exato momento que compreendi a necessidade de unir esses dois campos teóricos. Nesse sentido, atuei como enfermeiro na APS por 9 anos, sempre voltado para as questões de SM na APS. Criamos serviços de apoio para SM unindo todas as EqAB do município, com grupos de relaxamento, meditação e orientações sobre temas diversos e medicação psicotrópica. Foi nesse sentido que fiz meu TCC sobre o perfil das pessoas acometidas por situações de sofrimento psíquico no município de Carbonita, Minas Gerais.

Após 5 anos, de volta para Diamantina, atuei na APS e coordenação da APS, sempre preocupado com APS entre as 12 EqAB e o CAPS-AD e CAPS clínico. As inquietações surgidas nesse período me fizeram debruçar sobre a teoria de SM com a APS. Foi assim que entrei para a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri para atuar como docente em enfermagem psiquiátrica. Nesse período, fiz meu mestrado em ensino e saúde e fiz minha dissertação sobre as causas que levavam os alunos a desistirem do curso, por serem acometidos por questões psíquicas, sempre conciliando a teoria com a prática para chegar às conclusões que fiz na dissertação.

Como docente na área da SM e APS, sempre fui instigado a concretizar no município o sonho de termos um Centro de Convivência, onde seria possível integrar os CAPS com a APS no município e na região. Por isso, participei do edital do MS, mas não obtive sucesso. Havia a necessidade de possuir um “Dr.” antes do meu nome para que eu conseguisse tal feito. Foi, primeiramente, por esse motivo, que procurei a titulação, primeiro na Escola de

Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, onde cursei várias disciplinas isoladas para atingir minha meta. Contudo, como em um relance daqueles que não sabemos explicar pela razão, fui apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, também da Universidade Federal de Minas Gerais. Nesse momento, fui tão bem acolhido por minha futura orientadora dessa tese. Na oportunidade, fui apresentado ao programa e à linha de pesquisa do PMAQ-AB. Foi assim que surgiu a proposta do estudo misto, com uma abordagem da SM.

Confesso que, inicialmente, senti-me desqualificado para tamanho desafio, a proposta era muito grande para um docente que lecionava a 300 km de distância de BH e atuava com 3 disciplinas e vários projetos de extensão na UFVJM e que já era pai de 3 lindos filhos. Mas encontrei pessoas que acreditaram em mim e me disseram que era possível. Por isso, aceitei e fiz uma ressalva de que “a pesquisa qualitativa precisa ser desenvolvida no Vale do Jequitinhonha”, local de atuação da UFVJM, e por ser uma região historicamente negligenciada.

Assim, acreditando em mim, em minhas inquietações sobre a APS e a SM, foi possível construir o projeto e ser aprovado no doutorado. Foram longos 4 anos de muito trabalho e persistência. Mas, por acreditar que estava no caminho certo, seguia firme no meu propósito de construir dois grandes bancos de dados, um quantitativo a partir do PMAQ-AB e outro qualitativo a partir das entrevistas com gestores, coordenadores da APS e trabalhadores das EqAB nos diversos municípios do Vale do Jequitinhonha.

A pulsão de vida existente em mim foi suficiente para finalizar essa tese, que evidencia alguns dos desafios para APS inserir atividades de SM no seu cotidiano. Os resultados nos surpreendem, pela diferença real apresentada entre estruturação da APS e qualidade da assistência em SM, também pelo significativo engajamento dos profissionais da APS em realizar seu trabalho com excelência e qualidade, de forma humanizada e acolhedora às pessoas com condições de sofrimento psíquico em municípios de pequeno porte.

Portanto, é a partir dos resultados encontrados e discutidos que esperamos fornecer subsídios para que a PNAB e a PNSM tenham avanços significativos e se consolidam como forma de garantia de direitos e não sejam atingidas pelos evidentes ataques que vêm sofrendo, o que se configura um retrocesso a todo processo não apenas da APS, mas também de todo processo de RPB. A luta continua, eu acredito.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Dimensões para certificação das equipes – PMAQ-AB	38
Figura 2 – Evolução histórica da RPB	46
Figura 3 – Conhecendo componentes e pontos de atenção da RAPS	54
Figura 4 - Relação de cada atributo essencial da APS com os conteúdos das questões utilizadas no PMAQ-AB	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes da certificação das equipes – PMAQ-AB	39
Quadro 2 – Distribuição de recursos segundo o desempenho na certificação do PMAQ-AB	40
Quadro 3 – Variáveis consensualizadas por atributos na primeira rodada de perguntas.	77
Quadro 4 – Distribuição dos atributos por variáveis consensualizadas	79
Quadro 5 – Estruturação da SM na APS – Perguntas utilizadas.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da qualidade de atenção em SM por níveis e regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014.....	96
Tabela 2 – Distribuição da estruturação da APS por regiões e níveis, Brasil – PMAQ-AB 2014.....	97
Tabela 3 – Distribuição da estruturação da APS segundo os atributos essenciais por níveis, Brasil – PMAQ-AB 2014	97
Tabela 4 – QASM e estruturação da APS por atributos e indicador geral-APS, Brasil – PMAQ-AB 2014.....	98
Tabela 5 – Distribuição da estruturação da APS, segundo o atributoIntegralidade, por níveis e regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014.....	101
Tabela 6 – Distribuição da estruturação da APS, segundo o atributo coordenação, por níveis e regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014.....	102
Tabela 7 – Distribuição da estruturação da APS segundo o atributo longitudinalidade, por níveis e regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014	103
Tabela 8 – Distribuição da estruturação da APS, segundo o atributo primeiro contato, por níveis e regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014.....	103
Tabela 9 – QASM e nível médio estruturação da APS por atributos essenciais, Brasil – PMAQ-AB 2014.....	104
Tabela 10 – QASM e nível alto estruturação da APS por atributos essenciais, Brasil – PMAQ-AB 2014.....	105

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
EAPS	Estruturação da Atenção Primária à Saúde
EqAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
mhGAP	<i>mental health Gap Action Programme</i>
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PCATools	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PCET	<i>Primary Care Evaluation Tool</i>
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
QASM	Qualidade da Assistência em Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SM	Saúde Mental
TM	Transtorno Mental
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>
WONCA	<i>World Organization Family Doctors</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
2. JUSTIFICATIVA.....	24
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
3.1 Estruturação da Atenção Primária à Saúde.....	27
3.2 Instrumentos para Avaliação da Atenção Primária à Saúde.....	31
3.2.1 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica ...	34
3.3 Panorama da Saúde Mental	41
3.3.1 Concepções Epistemológicas do Termo Saúde Mental.....	43
3.4 Políticas de Saúde Mental no Brasil	43
3.4.1 Primeira Fase – Antecedentes Históricos	44
3.4.2 Segunda Fase – Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	45
3.4.3 Desafios Após a Reforma Psiquiátrica Brasileira	55
3.5 Saúde Mental e Cuidados Primários.....	57
3.5.1 Dados sobre o Adoecimento Psíquico.....	58
3.5.2 Saúde Mental e Cuidados Primários na Visão da Organização Mundial de Saúde. ...	59
3.5.3 Experiências de Integração da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.....	61
3.5.3.1 Desafios Encontrados e suas Consequências	62
3.5.3.2 Experiências de Enfrentamento.....	67
4. OBJETIVOS.....	72
4.1 Objetivo Geral	72
4.2 Objetivos Específicos	72
5. MATERIAL e MÉTODOS	73
5.1 Estudo Quantitativo (Primeira Fase)	73
5.1.2 Tipo do Estudo	73
5.1.3 Instrumento de Coleta e Plano Amostral.....	74
5.1.4 Organização e Seleção das Variáveis	74
5.1.5 Técnica Delphi.....	74

5.1.5.1 Processo de Consensualização das Variáveis.....	76
5.1.6 Tipologia de Estruturação da Atenção Primária à Saúde	79
5.1.7 Tipologia de Estruturação da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	80
5.1.8 – Tratamento das Variáveis.....	81
5.1.9 Análise Estatística	82
5.2 Estudo Qualitativo (Segunda Fase).....	83
5.2.1 Referencial Teórico-Metodológico	83
5.2.2 Local – Amostragem	85
5.2.3 Trabalho de Campo	86
5.2.4 Seleção dos Municípios.....	86
5.2.5 Instrumentos de Coleta.....	86
5.2.6 Organização e Análise das Entrevistas.....	87
5.2.7 Considerações e Aspectos Éticos	88
6. ARTIGO I.....	88
6.1 Resumo.....	89
6.2 <i>Abstract</i>	90
6.3 Introdução.....	91
6.4 Métodos	93
6.5 Resultados	96
6.6 Discussão.....	98
6.7 Conclusões.....	100
7. OUTROS RESULTADOS (Quantitativos).....	101
8. ARTIGO II.....	105
8.1 Resumo.....	106
8.2 <i>Abstract</i>	106
8.3 <i>Resumen</i>	107
8.4 Introdução.....	107
8.5 Métodos	109

8.6 Resultados	112
8.7 Discussão	118
8.8 Conclusão	120
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
10. REFERÊNCIAS	128
10.1 Referências Artigo 1	128
10.2 Referências Artigo 2	130
10.3 Referências Finais	133
11. APÊNDICE	149

1. INTRODUÇÃO

Organizar sistemas de saúde de forma universal é o melhor caminho para alcançar o direito à saúde, observando os princípios da universalidade do acesso e da cobertura integral das necessidades demandadas singulares ou coletivas (GIOVANELLA et al, 2018); acesso como a capacidade de utilizar serviços de saúde integrais, adequados, oportunos e de qualidade no momento necessário; cobertura como a capacidade do sistema de saúde em atender às necessidades da população, incluindo a disponibilidade de infraestrutura, de recursos humanos, de tecnologias da saúde e de financiamento. Para tanto, o sistema deve funcionar de forma regionalizada e integrada em redes de atenção coordenadas pelo nível primário (OPAS/OMS, 2018).

A APS é considerada uma estratégia-chave dentro do modelo organizacional de atenção à saúde em redes intrasetorial e intersetorial. As evidências mostram que sistemas de saúde com uma forte base na APS têm melhores resultados, menores taxas de hospitalização desnecessárias, maior equidade e menores despesas em saúde (OPAS, 2018).

A APS, na modalidade de ESF, é uma das “portas de entrada” do SUS para expansão da APS em todo o território nacional, favorecendo a ampliação da cobertura populacional e reorganização da assistência (ABREU et al., 2018) por meio de ações integrais que visam o tratamento, prevenção de riscos e agravos, promoção e reabilitação da saúde, o que possibilita a melhoria dos indicadores de saúde da população adscrita no território delimitado (CARNEIRO et al., 2014; FRATESCHI; CARDOSO, 2014; MENDONÇA et al., 2018).

O Brasil tem ganhado destaque na expansão e consolidação da APS, que assume o desafio de tornar a assistência mais resolutiva e eficaz no âmbito do SUS, incorporando os princípios próprios na busca de eficiência, eficácia e efetividade das ações e de serviços de saúde e alcance de resultados que conformem a integralidade na atenção e equidade no acesso (MENDES, 2011; CAMPOS et al., 2014; PORTELA, 2017; GIOVANELLA et al., 2018).

Estudos nacionais e internacionais evidenciam uma significativa estruturação no âmbito da APS. Contudo, sinalizam para urgência da APS se estruturar para atingir melhores resultados na qualidade da atenção em saúde e, também, na área da SM (VANEGAS; ESPRIELLA GUERRERO, 2015; NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014; ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013; FREDHEIM et al., 2011).

Assim, o relatório da OMS (2009) aponta as sete razões para se integrar a assistência à SM na APS: 1) A carga de perturbações mentais é grande; 2) Os problemas

de SM e físicos estão interligados; 3) O déficit de tratamento em relação às perturbações mentais é enorme; 4) Cuidados primários para SM ampliam o acesso; 5) Cuidados primários para SM promovem o respeito pelos direitos humanos; 6) Cuidados primários para SM são acessíveis em termos de custo e apresentam boa relação custo-benefício; 7) Cuidados primários para SM geram bons resultados em termos de saúde.

Essas razões encontram justificativas no fato que aproximadamente 20% dos atendimentos realizados na APS estão relacionados com alguma queixa de TM. Assim, a SM deve ser entendida como um campo de intervenção prioritário para as equipes da ESF, pois essas têm potencialidade de atuar não só na unidade de saúde, mas também no espaço social onde a comunidade vive e circula (DANTAS; PASSOS, 2018).

Os TM são um problema de saúde mundial (FERNANDES et al., 2017) e estão em torno de 12% da carga total de doença (BONADIMAN et al., 2017), sendo que os TM comuns se apresentam como uma das morbidades psíquicas mais prevalentes, atingindo cerca de um terço da população em indivíduos de diferentes faixas etárias. No Brasil, esta prevalência varia entre 29,6% e 47,4% (FERNANDES et al., 2017; BONADIMAN et al., 2017; SILVA et al., 2018). Essas demandas exigem uma inclusão das ações de SM, via APS, na agenda da saúde pública nacional e internacional (GALERA, 2018).

O campo da SM vem ganhando espaço nas políticas públicas de saúde em diversos países, por compreender que as pessoas portadoras de algum sofrimento psíquico têm suas atividades cotidianas e relacionais prejudicadas, consequências também intrínsecas ao fato de essas pessoas vivenciarem o preconceito, exclusão e o estigma que, historicamente, a SM carrega (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

Com as conquistas do processo de RPB e a instituição da PNSM, vários obstáculos foram superados e muito se avançou em termos de legislação e organização da assistência ao portador de SM. Entretanto, o Brasil necessita enfrentar algumas causas e desafios que surgiram ao longo do processo, como a cronificação dos usuários, a reinternação psiquiátrica, a internação compulsória, a atenção à crise, a inserção de ações de SM nas EqAB e a garantia de direitos. Por isso, necessita-se construir uma rede de assistência competente, com ações de SM integradas com a APS (LOBOSQUE, 2011; DANTAS; PASSOS, 2018; PORTELA, 2018).

Entretanto, as equipes apresentam dificuldades para integrar o cuidado em SM no nível primário, evidenciadas pela deficiência na formação profissional, precariedade de infraestrutura e contratação de recursos humanos. Consequentemente, tem-se uma reprodução do modelo biomédico, com falta de responsabilização ao usuário por parte da ESF, gerando encaminhamentos desnecessários e sobreposição de condutas. Ademais,

culmina com a desarticulação da RAS, denunciando a fragilidade da APS para se relacionar com os serviços nos demais níveis de atenção (FRATESCHI; CARDOSO, 2016; SOUZA, 2016; CARVALHO et al, 2018).

Nesse sentido, surge a necessidade de uma mudança na formação e qualificação, para que os profissionais da APS possam acolher e atender as pessoas em condições de sofrimento mental de forma integral, sem exclusão, com a criação do vínculo e responsabilização do cuidado no nível primário (LOBOSQUE, 2011).

Para superar esse desafio, surge a modalidade AM, intermediada pelos NASF como principal mecanismo de resposta para efetivação dessa integração, o que proporciona uma melhora significativa da qualidade da atenção em SM (SANTOS et al., 2015; WENCESLAU; ORTEGA, 2015; BONFIM et al., 2013).

Existe um consenso na literatura de que a inclusão das ações de SM no contexto do SUS contribuiu para a consolidação da RPB, bem como demanda a reorientação da prática das ESF junto aos usuários com necessidades do campo da SM (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A inserção do cuidado em SM na APS possibilita a efetivação de ações preventivas e de promoção à SM no nível primário de atenção (RIBEIRO; CACCIA-BAVA; GUANAES-LORENZI, 2013). Por meio do estreitamento dos laços entre a comunidade e os profissionais, é possível garantir o acesso dos portadores de TM aos serviços de saúde (MOLINER; LOPES, 2013; LOBOSQUE, 2011).

No Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e, depois, o Movimento da Luta Antimanicomial, com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica, caracterizaram-se como celeiro de possibilidades históricas e sociais que legitimam todo o processo político, ético, institucional e científico, denominado de RPB. A mudança estabelecida pela RPB sai do foco do cuidado hospitalar, centrado no modelo biomédico, para o cuidado baseado na atenção psicossocial prestado ao usuário na comunidade. Para tanto, o desafio que se coloca é habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários. Isso leva o desafio da inserção de ações de SM na APS para além do SUS, já que, para ser realizado, ele implica a abertura da sociedade para a sua própria diversidade (AMARANTE; NUNES, 2018).

Após a aprovação da Constituição da República Federativa Brasileira de 1988, com a criação do SUS em seu capítulo “da saúde”, a garantia dos direitos dos pacientes psiquiátricos e a exigência internacional de redirecionamento do modelo de atenção em SM proporcionaram as bases jurídicas fundamentais do projeto de RPB (SILVA;

ACIOLE; LANCMAN, 2017) e uma alteração do lugar social da loucura. A mudança estabelecida por essa reforma sai do foco do cuidado hospitalar centrado no modelo biomédico para o cuidado baseado na atenção psicossocial prestado ao usuário na comunidade, seguindo as mesmas orientações das políticas de SM encontradas no cenário internacional (SANTOS et al., 2018; AMARANTE; NUNES, 2018; ROCHA et al., 2018).

Esses aspectos colocam a necessidade de um acompanhamento sistemático das ações de SM desenvolvidas pelas EqAB na APS. Nesse sentido, é utilizado como instrumento de avaliação o PMAQ-AB, lançado pelo MS, por meio da Portaria 1654, de 19 de julho de 2011, com o objetivo de promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde em âmbito nacional (FAUSTO et al., 2014; NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014; GIOVANELLA et al., 2018).

O cuidado em SM é parte da avaliação do desempenho das EqAB, expresso em uma subdimensão do questionário da avaliação externa do PMAQ-AB. Portanto, a análise desses resultados representa uma importante ferramenta de avaliação das condições de acesso e de qualidade da grande maioria de municípios e equipes participantes (CHAVES et al., 2018; FLÔRES et al., 2018; CAMPOS et al., 2014).

Resultados de avaliação da qualidade da atenção em saúde a partir do PMAQ permitem uma visão aprofundada da realidade das EAB e apontam para a necessidade de melhoria na distribuição dos serviços em SM não contemplados em diversas áreas estratégicas da APS (SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017; TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017; FONSECA et al., 2014).

Ao inserirem ações de SM na APS, as EqAB têm a possibilidade de efetivação da RAPS, uma vez que essas equipes se configuram pela cobertura universal de base territorial. Nesse sentido, as experiências de assistência em SM possibilitam não só essa inserção, mas se caracterizam como instrumento para consolidação do processo de implementação da PNSM (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

O presente estudo tem duas fases distintas: a primeira fase, quantitativa, tem o objetivo de verificar a contribuição da estruturação da APS segundo seus atributos essenciais para a QASM. A segunda fase qualitativa teve como objetivo compreender a assistência em SM pelas EqAB com melhor estruturação da APS segundo seus atributos essenciais.

2. JUSTIFICATIVA

Apesar de o desafio para inserir o cuidado em SM na rotina das EqAB ser recorrentemente enfrentado nas últimas décadas, é essencial que ele seja superado para

que os princípios do SUS se efetivem na realidade da APS brasileira.

O expressivo aumento dos problemas relacionados à SM tem evidenciado as fragilidades da APS para absorver essa demanda. Como preocupante resultado, tem-se uma assistência incompleta caracterizada pela omissão aos casos de transtornos mentais.

Como principal motivo, a literatura aponta para uma deficiência na formação dos profissionais que, frente ao despreparo, acabam por reproduzir o modelo biomédico. Os estudos são unânimes em indicar a capacitação dos profissionais da APS como possibilidade para o enfrentamento dessa realidade, tornando o nível primário resolutivo e eficaz.

Para que o cuidado à pessoa em condição de sofrimento mental seja integral, há necessidade de comunicação entre os diversos níveis de atenção, tendo a APS como ordenadora do cuidado dentro da RAS. Nesse sentido, as EqAB devem se estruturar para que possam absorver as demandas de SM no território, garantindo o acesso com qualidade à pessoa em condição de sofrimento mental.

No Brasil, os estudos sobre avaliação da APS utilizam como instrumento o questionário do PMAQ-AB; assim, tem-se um panorama nacional da qualidade das EqAB. Os resultados dos estudos evidenciam que a APS vem se estruturando de forma significativa, o que pode ser confirmado em cada ciclo de avaliação.

Algumas variáveis desse questionário podem ser utilizadas para avaliar as ações específicas de SM desenvolvidas pelas equipes; contudo foram encontrados poucos estudos nesse sentido. A maioria dos estudos encontrados sinaliza para uma deficiência na formação dos profissionais, desarticulação da rede e a precariedade de infraestrutura e recursos humanos como principais lacunas para inserção do cuidado em SM na APS.

Os frutos da RPB são expressivos: a redução dos leitos psiquiátricos foi proporcional à ampliação dos serviços substitutivos que atingiram altas coberturas em todo Brasil, resultados da inversão do financiamento da área hospitalar para área comunitária. A criação de uma RAPS trouxe uma funcionalidade ao sistema e direcionamento para os diversos níveis de atenção. Assim, a APS é estratégica no contexto da política nacional de SM e compreender suas conquistas e impasses neste nível de complexidade do sistema de saúde pode contribuir para os avanços da política.

Esta pesquisa pretende trazer para o centro das discussões as distintas formas encontradas pela APS para inserirem o cuidado em SM no cotidiano das EqAB, considerando suas dificuldades e seus potenciais, dificuldades e potenciais que se encontram de formas dispersas em alguns estudos. Aqui, procurou-se, por meio de uma

pesquisa mista, levantar os dados já consolidados no PMAQ-AB, fazer associações e, a partir desses resultados, realizar a pesquisa qualitativa para compreender o que esses dados revelam a partir das falas dos profissionais das EqAB. Para tanto, realizou-se um levantamento da bibliografia nacional e internacional, evidenciando-se o panorama da APS e da SM no Brasil e no mundo, com o objetivo de identificar como a realidade dos serviços no Brasil traduzem os preceitos da RPB e dialogam com a atual PNSM.

Tem-se como premissa o fato de que é necessário produzir estudos, com experiências concretas encontradas nos cenários das EqAB, como tentativa de evidenciar o que estão fazendo para apresentarem os melhores resultados na nota de certificação e o que acontece em seus processos de trabalho para não conseguirem atingir um melhor desempenho. Nesse sentido, propomos o estudo para identificar a realidade de estrutura da APS e compreender como se dá a relação das ações de SM com as equipes do nível primário de atenção à saúde.

Ressalta-se que, mesmo frente à relevância do PMAQ-AB para a PNAB e PNSM, com vários resultados evidenciados pelos estudos, esse programa ainda não está consolidado. Assim, estudos de avaliação com base no PMAQ-AB devem ser estimulados não apenas para dar continuidade ao processo de efetivação do SUS, mas também por se constituírem como aportes significativos quanto ao conhecimento da realidade atual da AB no país. No que se refere à SM, este esforço se torna- ainda mais relevante considerando os impasses identificados na atual PNSM.

Espera-se que os resultados deste estudo possam trazer uma importante contribuição para a discussão e formulação de políticas públicas por parte de gestores locais, regionais e nacionais. A realidade da SM na APS teorizada pode permitir uma prática eficaz e efetiva e, assim, obter os avanços necessários para romper com o histórico estigma de exclusão de pessoas em condição de sofrimento mental.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Na busca da efetivação do direito à saúde, com ampliação da cobertura populacional e do acesso aos serviços disponibilizados pelas equipes da APS, há um movimento mundial em direção à organização de sistemas de saúde de forma universal. Há um consenso de que a capacidade do sistema de saúde em atender as reais necessidades de sua população é efetivada quando se amplia a cobertura e, nesse mesmo sentido, garantia de acesso aos serviços de forma integral, adequada, oportuna e de qualidade no momento em que seja necessário (OPAS/OMS, 2018).

O MS do Reino Unido, em 1920, elaborou um relatório denominado Relatório *Dawson*, reconhecido mundialmente e que é considerado como um dos primeiros documentos a utilizar esses conceitos em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011).

No Reino Unido, o NHS, fundado em 1948, passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. A universalidade do acesso à saúde se torna assunto importante na pauta mundial para se organizar serviços de saúde, tendo em vista a APS como dispositivo estratégico para ordenação do cuidado aos demais níveis de atendimento (OPAS/OMS, 2018).

Giovanella e colaboradores (2018) e Portela (2017) afirmam que outro marco histórico importante foi a Declaração de Alma-Ata, que completou 40 anos em 2018, realizada na antiga União Soviética sediando a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, promovida pela OMS. Nessa Conferência, são definidas as bases conceituais para a APS:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

Mais recentemente, a partir de 1990, confirmada pelo Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, a temática da APS volta a ser pauta devido à sua grande importância na organização dos processos de saúde. Por um lado, impulsionada por contextos econômicos restritivos e propósitos de contenção de gastos, e, por outro, na busca de uma melhor coordenação dos cuidados que responda às exigências de mudanças no perfil epidemiológico, com crescente prevalência de doenças crônicas. Assim, reformas organizacionais na APS foram implantadas em diversos países da União Européia a fim de promoverem a coordenação dos serviços prestados entre os diversos

níveis de atenção, o que resultou em novos arranjos organizacionais que serviram de base para os demais países, inclusive o Brasil, estruturarem sua APS (LAVRAS, 2011; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

3.1 Estruturação da Atenção Primária à Saúde

Barbara Starfield (2002) define a APS como o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde no nível primário de atenção e, assim, só referenciar aos outros níveis de atenção as questões de saúde muito incomuns e que exigam a adoção de procedimentos mais complexos e especializados. A APS exerce, também, o papel de coordenadora dos cuidados mesmo quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção à saúde.

Para Giovanella e Mendonça (2012), não há uniformidade no emprego do termo APS. Afirmam existir três linhas de interpretação: 1) Programa seletivo com cesta restrita de serviços; 2) Nível de atenção com serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados; 3) Modelo abrangente assistencial e de organização do sistema de saúde como trabalhado. Assim, são adotados como APS seletiva ou APS abrangente, de acordo com as diferenças contextuais dos diversos países, conforme sua industrialização, nível de desenvolvimento socioeconômico e distribuição de renda.

Contudo, essas particularidades estão sempre embasadas pelos princípios norteadores ou atributos que ordenam as práticas de saúde e são exclusivos dos serviços de atenção primária. Assim, foi proposto um modelo para avaliar a APS por atributos definidos como essenciais e derivados, conforme definição de Starfiel (2004), Lima, Giovanella, Fausto e Bousquat (2016):

Atributos essenciais da APS:

- a) Primeiro contato: o serviço de saúde deve ser de fácil acesso ao usuário, de modo que o usuário tenha o serviço como referência para cada nova necessidade em saúde;
- b) Longitudinalidade: implica constituir um vínculo entre o usuário e o serviço/profissional de saúde ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença;
- c) Integralidade ou abrangência: reconhecer as necessidades dos usuários em todas as suas dimensões (orgânica, psíquica, social), condicionada ao limite de atuação dos profissionais de saúde;
- d) Coordenação: garantir a continuidade da atenção dentro da rede de

serviços.

Atributos derivados da APS:

- a) Centralidade na família: considerar o contexto e a dinâmica familiar para melhor avaliar como responder às necessidades de cada membro;
- b) Orientação para a comunidade: conhecer as necessidades de saúde da população dado o contexto em que vive;
- c) Competência cultural: reconhecer as necessidades dos diferentes grupos populacionais e se atentar para atender a elas.

A partir disso, Mendes (2009) define uma interpretação para esses atributos:

Primeiro contato: implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. *Longitudinalidade*: requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. *Integralidade*: supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. *Coordenação*: implica a capacidade e de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. (Mendes, 2009, p. 57-58).

No Brasil, em 2006, a Portaria 648, de 28 de março, aprova a PNAB, (BRASIL, 2006). A definição de ABS proposta pela PNAB em 2006 e reeditada na Portaria 2.488, em 2011, afirma:

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2006).

A principal alteração encontrada na Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, em relação à Portaria 648, de 28 de março de 2006, é a definição dos recursos orçamentários que devem ocorrer por conta do MS. Esses recursos são referentes aos pisos da AB fixo e piso da AB variável, estruturação da rede de serviços da ABS, atenção à saúde bucal, e para construção de UBS (BRASIL, 2012). Essas alterações contribuem para a consolidação do processo de estruturação das ESF.

A PNAB 2017 aponta para alterações na estrutura da APS: a ESF deixa de ser a única forma de prestação do cuidado e são criadas novas modalidades como equipes de

Consultórios de Rua (específicas para atender às pessoas em situação de rua e que convivem com a exclusão institucional há décadas e iniquidades no acesso a bens e serviços), EqAB e outras; permite que as EqAB passem a receber recursos de forma similar às ESF e autoriza o bloqueio de recursos financeiros do PAB-variável caso os municípios não forneçam os dados para alimentar os sistemas de informações da AB. A vigilância em saúde passa a ser integrada à APS, com as ações produzidas em conjunto. Os gestores ganham autonomia e passam a fazer a organização dos serviços a partir de suas demandas locais. Modifica a relação com os ACS, deixando a cargo do gestor definições que, anteriormente, eram preconizadas pelo MS, como número destes por equipe de Saúde da Família, organização de seu processo de trabalho e de interação com agentes de endemias. As equipes de NASF devem se configurar em NASF-AB, de forma que os NASF existentes também possam ofertar serviços para unidades que não trabalham na lógica da ESF, com a agenda regulada pelas equipes que atuam na AB (BRASIL, 2017).

Em 2019, foi apresentado e publicado um novo modelo de financiamento da atenção primária, chamado Previne Brasil, através da Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019).

Antes do anúncio e publicação oficiais do Programa Previne Brasil, o Ministério da Saúde editou a Portaria Nº 2.539, em 26 de setembro de 2019, que instituiu Equipes de Atenção Primária (eAP), em substituição ao modelo de eAB previstas na PNAB 2017. As eAP são compostas somente por médico e enfermeiro, sendo a modalidade I com carga horária mínima individual de 20h e a modalidade II com carga horária mínima individual de 30h, para uma população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) e 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF respectivamente (BRASIL, 2019). Portaria posterior do MS vedou a substituição de cada uma das 45.796 eSF cadastradas até 19 de dezembro de 2019 por eAP. Inicialmente, a previsão do gestores da SASP era de que os profissionais que compunham serviços de APS não cadastrados nas eSF corresponderiam por 2.809 eAP em 445 municípios. No entanto, até 23 de dezembro de 2019, 1.296 eAP de 20 ou 30hs foram credenciadas e passaram a receber financiamento federal (BRASIL, 2020).

A possibilidade de ausência do ACS nas eAP afeta um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF: seu componente comunitário, de vigilância e promoção da saúde, pautado pela determinação social do processo saúde-doença (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020).

O novo financiamento é baseado em capitação ponderada (equivalente a 52% do

orçamento para 2020), pagamento por desempenho (equivalente a 9%) e incentivos em ações estratégicas e prioritárias (equivalente a 15%), além dos recursos destinados aos programas de provimento de profissionais de saúde ACS (equivalente a 24%). A capitação ponderada levou em conta três critérios de equidade: ajuste de distância, com peso máximo de 2, conforme tipologia do município por classificação do IBGE; vulnerabilidade socioeconômica e ajuste demográfico, ambas com peso 1,3 não cumulativo. Esses fatores de ponderação multiplicam o valor padrão pago por pessoa cadastrada em uma eSF ou eAP, que no ano de 2020 equivaleu a R\$51,35 (BRASIL, 2019). Portanto, não há distinção alguma de valor pelo modelo de equipe assistencial e as eAP poderão receber incentivos financeiros equivalentes aos eSF (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020), com menores custos devido não obrigatoriedade de técnicos de enfermagem e ACS. Portanto, trata-se de uma ameaça real à Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário para a APS (GOMES; ROCHA, 2019). Além disso, foi extinto por completo o financiamento federal às equipes do NASF, um claro aceno aos municípios de que a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade na APS não serão incentivadas e seus custos ficarão a cargo dos gestores locais (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020).

Reflexões apontam que o Previne Brasil aprofunda tendências já identificadas na PNAB 2017. Um dos aspectos críticos é o pagamento proporcional ao número de pessoas cadastradas na eSF/eAP, modelo denominado de capitação ponderada, em substituição ao antigo PAB fixo, que aponta a opção política de focalização e seletividade. Considerar apenas a população cadastrada, na prática, significa romper com a universalidade e equidade do SUS (GIOVANELLA; FRANCO; DE ALMEIDA, 2020). Além disso, o financiamento estar dependente da efetividade do cadastro pode prejudicar municípios mais pobres, com maior dificuldade administrativa, direcionar a atenção de municípios para aumentar o número de pacientes cadastrados, em detrimento da qualidade e abrangência dos serviços, ou mesmo estabelecer barreiras para o cadastro de determinados grupos populacionais que exijam maiores cuidados ou que apresentem problemas de saúde com tratamentos mais onerosos, podendo gerar restrições de acesso e direcionamento de pacientes para outros níveis do sistema, especialmente para unidades de urgência (MASSUDA, 2020).

O pagamento por desempenho no Previne Brasil substituiu por completo o PMAQ. Definiu que, a cada ano, serão definidos por ato do MS os indicadores e as metas para o pagamento por desempenho, após pactuação na CIT, a serem cumpridas pelas equipes credenciadas no CNES, com apuração quadrimestral e impactos nos repasses das 4

(quatro) competências mensais subsequentes. Esses indicadores deverão ser das seguintes categorias: processo e resultados intermediários das equipes; resultados em saúde; e globais de APS. Em 2020, os indicadores escolhidos foram proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1^a até a 20^a semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2019).

Outra novidade de 2019 refere-se a substituição do Programa Mais Médicos pelo Programa *Médicos Pelo Brasil (MPB)*, aprovada em Dezembro de 2019 (BRASIL, 2019). Esta nova lei cria a **Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - ADAPS** – Serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da APS, cuja finalidades, entre outras, encontram-se: deve promover a execução de políticas de APS; prestar serviços de APS; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão componente assistencial por meio da integração entre ensino e serviço; promover o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão; entre outros. Este processo modifica aspectos importantes da política nacional de atenção básica pois insere a possibilidade de atuação do setor privado na APS, sendo sua participação na execução da política de APS na ADAPS claramente explicitada: articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas; firmar contratos com órgãos e entidades públicas e privadas, incluindo instituições de ensino, para o cumprimento de seus objetivos e na Composição do conselho deliberativo da Adaps: MS; Conass; Conasems; Associação Médica Brasileira, do Conselho Federal de Medicina, da Federação Nacional dos Médicos; Conselho Nacional de Saúde. Neste contexto, também ocorreu a rejeição do destaque que mantinha a gestão do programa na SAPS e principalmente, a ADAPS passa a permitir a contratação de empresas privadas para a provisão e formação em APS no SUS.

Quanto à proposta de contribuir para a carreira da categoria médica, a ADAPS propõe Contratação, via CLT (não vínculos mais estáveis), com quatro níveis salariais, com progressão a cada três anos de participação no programa, além de gratificação por desempenho vinculada ao alcance de indicadores de qualidade de atendimento e satisfação dos usuários. Mesmo neste processo, os dois anos iniciais seria por bolsa e somente após 2

anos, via CLT. Mesmo com estas características, este projeto não conseguiu substituir um número importante de médicos que atuavam na APS.

O Brasil tem ganhado evidente destaque na expansão e consolidação da APS por ter adotado a ESF, que funciona como porta de entrada para o sistema de saúde, atuando de forma conjunta com a RAS. Contudo, as alterações da nova PNAB colocam em risco essa grande conquista, ao afirmar que a ESF deixa de ser a única forma de prestação do cuidado. Ademais, o repasse dos recursos financeiros na modalidade per capita pode trazer grandes prejuízos aos municípios pelo descompasso entre população atendida e população cadastrada. E, por fim, a extinção do PMAQ-AB, pode deixar uma enorme lacuna no já consolidado processo de avaliação da APS.

A implantação da RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção. Portanto, a APS assume o desafio de tornar a assistência mais resolutiva no SUS, que incorpora os princípios da APS na busca pela eficiência, eficácia e efetividade das ações e serviços de saúde e no alcance dos resultados para integralidade na atenção e equidade no acesso (GIOVANELLA et al., 2018; PORTELA, 2017; CAMPOS et al., 2014; MENDES, 2011).

Giovanella e Mendonça (2012) apontam para o fato de que a ESF é estratégica para a reorganização do modelo de AB no Brasil e definem as características específicas da APS:

a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (Giovanella e Mendonça, p.583, 2012).

Essas autoras lembram, ainda, que a trajetória da ESF iniciou com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991. Em 1994 foi lançado o Programa Saúde da Família, e, no ano de 2006, com a aprovação da PNAB, o PSF deixa de ser um programa e passa a ser oficialmente uma estratégia para reorganização do modelo da APS.

Com a publicação do Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, a APS ganha um papel de destaque e se torna o centro de comunicação do sistema de saúde e tem a ESF como porta de entrada para diversas redes prioritárias e requisito mínimo para a constituição das RAS (ROCHA et al., 2018).

Assim, a APS no Brasil, por meio da ESF, passa a desempenhar papel central na organização da rede de atenção com as seguintes atribuições: ser porta de entrada para o sistema; oferecer serviços com boa infraestrutura e qualidade inseridos na rede; exercer o cuidado contínuo; ter capacidade para resolver a maioria dos problemas da população; definir fluxos com base nas reais necessidades dos usuários; realizar a coordenação do cuidado a partir desses fluxos; responsabilizar-se pela população de seu território; incentivar a ação comunitária e mediar ações intersetoriais para ampla abordagem dos determinantes sociais e promover a saúde. Portanto, configura-se como a principal estratégia para ampliação da cobertura populacional e à organização do SUS, com possibilidade de melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados na área da saúde, em consonância com as reais necessidades da população (BRASIL, 2017; ABREU et al.; GIOVANELLA et al., 2018).

Malta e colaboradores (2016) afirmam que, nas últimas décadas, houve uma visível expansão e ampliação das ESF em todo o território nacional, gerando um significativo aumento da cobertura e de investimentos para a saúde na APS. Surge, assim, a necessidade de monitoramento da qualidade da assistência prestada e da resolutividade dessas equipes.

3.2 Instrumentos para Avaliação da Atenção Primária à Saúde

A globalização da economia e o avanço das tecnologias de informação levam os sistemas de avaliação a dependerem cada vez mais de instrumentos que produzam dados, os mais fidedignos possíveis e que possam subsidiar a tomada de decisões dos gestores para o estabelecimento de políticas no setor.

O sistema de avaliação em saúde, no âmbito das políticas e programas sociais, constitui-se, fundamentalmente, em aplicar um julgamento de valor sobre determinada intervenção, com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se de dados e informações construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão. Esse processo ocorre por meio de dispositivos que forneçam informações cientificamente válidas e socialmente legítimas e que permitam aos diferentes atores envolvidos no processo se posicionarem e se construírem de forma individual ou coletiva (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FURTADO, 2009).

Contandriopoulos e colaboradores (1997) definem os quatro objetivos oficiais de uma avaliação:

objetivo estratégico (auxilia no planejamento e na elaboração da intervenção); objetivo formativo (fornece informação para melhoria de uma intervenção em curso); objetivo somativo (determina se a partir do

efeitos de uma intervenção a mesma deve ser mantida, alterada ou encerrada) e objetivo fundamental (contribuir para a acumulação de conhecimento) (CONTANDRIOPOULOS et al, p.33, 1997).

Estudos conduzidos por Donabedian, 1990, levaram a um profundo impacto sobre os sistemas de gestão na área da saúde e conduziram o aprofundamento dessa temática. Isso permitiu a esse autor desenvolver um modelo de avaliação centrado nos componentes de estrutura, processo e resultado (curto, médio e longo prazo) para a observância do que ele mesmo definiu como os sete pilares da qualidade na área da saúde: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização e legitimidade.

Rocha e colaboradores (2018) afirmam que as avaliações na APS, assim como em outros componentes dos sistemas de saúde, são marcadas pela heterogeneidade de propostas, de finalidades, de instrumentos e de resultados. A qualidade das ações e serviços prestados na APS é medida por avaliações estruturadas, com o objetivo definido pela concepção de atributos da APS apresentada por Starfield (2002). Com esse referencial, foram criados os instrumentos de avaliação da saúde na atenção primária.

No Canadá, pesquisadores da APS se esforçaram para criar um instrumento de avaliação da qualidade que fosse compatível com a realidade dos indicadores canadenses. Assim, realizaram um levantamento de ferramentas reconhecidas para a avaliação da APS e elencaram 81 indicadores de qualidade da saúde (LEVITT et al., 2014).

Simou e colaboradores (2015) fizeram um levantamento de projetos de avaliação da qualidade em APS ocorridos entre 1990 e 2010 por meio de uma revisão sistemática. Selecionaram 10 projetos que resultaram em 556 indicadores de qualidade, desenvolvidos na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia. Os pesquisadores separaram os indicadores em domínios, sendo os mais frequentes qualidade/segurança, acesso/facilidade, abrangência, infraestrutura, registro de saúde do paciente ou gerenciamento de informação de saúde, continuidade, informação, efetividade, promoção da saúde. Os autores destacam que as características heterogêneas de cada programa de avaliação e a grande diversidade com relação aos instrumentos de coleta de dados tornam difícil a comparação dos resultados.

No Reino Unido, a partir do ano 2004, foi implementado o *Quality and Outcomes Framework*. Esse instrumento que tem como uma de suas características principais o atrelamento de metas de qualidade ao pagamento por desempenho aos médicos generalistas, caracterizando-se como o sistema formal inglês de avaliação da qualidade (MARTIN et al., 2014).

Fracolli e colaboradores (2014), em uma revisão sistemática, apresentaram como resultado os cinco instrumentos formais mais utilizados para a avaliação da APS:

1) WHO PCET: criado pela OMS, o PCET visa proporcionar uma abordagem estruturada, com base nas funções dos sistemas de saúde, tais como governança, financiamento e geração de recursos, bem como as características de um bom atendimento primário, como a acessibilidade, a integralidade, a coordenação e a continuidade;

2) *Questionnaire for Primary Care Providers*: foi desenvolvido para avaliar as percepções de prestadores de cuidados primários acerca de atividades desenvolvidas para cuidar de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade;

3) *General Practice Assessment Questionnaire*: desenvolvido no Reino Unido, este questionário concentra sua avaliação em aspectos da prática geral, como acesso, aspectos interpessoais e continuidade do cuidado;

4) PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária à Saúde): trata-se de um aplicativo para APS que propõe a realização de análises a partir de dados secundários, visando auxiliar os gestores em tomadas de decisões;

5) PCATools: instrumento desenvolvido com base no conceito de avaliação da qualidade proposto por Donabedian, baseando-se na mensuração de aspectos de estruturas, processos e resultados. Os itens do questionário avaliam a APS a partir dos atributos propostos por Starfield (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação para a comunidade e competência cultural).

Dentre esses instrumentos, o PCATools se destaca pela sua inserção no Brasil, com três versões disponíveis para o instrumento, que é utilizado em vários estudos para avaliação da qualidade da APS. Outra ferramenta também utilizada no Brasil é o EUROPEP, instrumento que tem a finalidade em fornecer informações voltadas aos usuários, para a melhoria das ações e desempenho dos médicos da ESF na APS (ROCHA et al., 2018).

O Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de AB é outra proposta de instrumento de avaliação voltado para a APS. Esse questionário contém indicadores sobre a oferta, organização do trabalho assistencial e programático e ainda sobre o gerenciamento. Esse instrumento foi desenvolvido para ser utilizado como ferramenta *web*, facilitando a aplicação e a obtenção dos resultados. O instrumento tem validade para ser aplicado a todas as EqAB do Brasil e pode contribuir, significativamente, para o aperfeiçoamento da avaliação dos sistemas de saúde (CASTANHEIRA et al., 2011).

Outra alternativa para avaliação da APS é o uso de um indicador sintético, composto por duas dimensões: a gestão do sistema municipal de saúde e o provimento da APS. Na dimensão da gestão do sistema, são consideradas ações que envolvem atuação intersetorial, participação popular, recursos humanos e infraestrutura. No provimento da APS, consideram-se ações de promoção, prevenção, tratamento e diagnóstico de acordo com os ciclos vitais da população. São utilizados dados secundários de bases oficiais para o cálculo do indicador (SCARATTI; CALVO, 2012; MICLOS, CALVO; COLUSSI, 2015).

Frente às amplas possibilidades de instrumentos de avaliação e da melhora expressiva em vários indicadores analisados, particularmente em decorrência da expansão da APS, o MS criou, em 2003, o Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família. Esse projeto tem como objetivo principal o fortalecimento e a reorganização da APS no país. Assim, o MS compreende a institucionalização da avaliação como uma política no âmbito do SUS e passa a exigir a obrigatoriedade de instrumentos para a avaliação da qualidade da atenção em saúde (BODSTEIR et al., 2006). Este programa atendeu, prioritariamente, municípios com mais de 100.000 habitantes e iniciou um processo de formulação relativo à avaliação da atenção primária no país, com foco na qualidade.

Com o PMAQ-AB, dentre outras experiências, instituiu-se uma política ampla de qualidade na AB envolvendo o conjunto das ESF. Esse programa é lançado pelo MS, por meio da Portaria 1654, de 19 julho de 2011, no contexto da Estratégia Saúde Mais Perto de Você. O PMAQ é utilizado, formalmente, como um instrumento de avaliação de abrangência nacional, associado a incremento de repasses financeiros federais aos municípios. Esse programa tem o objetivo não só de induzir a melhoria da qualidade, mas também em aumentar o acesso à saúde na AB (GIOVANELLA et al.; CHAVES et al., 2018).

3.2.1 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Tem como objetivo claro induzir a ampliação do acesso, a melhoria da qualidade e infraestrutura da APS e tem como principais características: estabelecer parâmetros de comparação entre as equipes participantes; incentivar gestores e equipes de saúde a buscar melhorias constantes; instituir pagamentos por cumprimento de metas, condicionados a pactuação de compromissos e avaliação dos indicadores firmados entre equipes, gestores e MS. Ressalta-se o caráter voluntário para a adesão. (BRASIL, 2011,

2013; MEDINA et al., 2014; GIOVANELLA, et al; ABREU, et al., 2018).

Segundo essa Portaria, para cumprir seu objetivo avaliativo, o programa se configura em quatro fases distintas e sequenciais: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

Primeira fase – adesão e contratualização: os gestores municipais indicam quais equipes irão participar do programa e formalizam metas e compromissos a serem cumpridas. Como a adesão ao PMAQ-AB é voluntária, as equipes devem discutir juntamente com os gestores se vão participar ou não do programa. Desenvolver a habilidade de negociação entre gestores e trabalhadores é um dos focos do programa, por considerar que o êxito está na construção coletiva (BRASIL, 2011).

Essa primeira fase é a etapa formal de adesão ao programa com a contratualização de compromissos dos indicadores de saúde. Nela, os gestores municipais, estaduais e MS precisam pactuar de forma conjunta as metas a serem cumpridas, com o objetivo de consolidar a cultura da negociação, visando orientar os serviços de acordo com as necessidades dos usuários e promover o desenvolvimento das equipes (GIOVANELLA et al., 2018).

Segunda fase - desenvolvimento: é a fase em que deve ocorrer o desenvolvimento de ações contratualizadas na adesão, a fim de alcançar a mudança na gestão do cuidado, a serem implementadas pelas EqAB e pelos gestores municipais, estaduais e pelo MS. O desenvolvimento dessas ações é uma ação transversal a ser desenvolvida no decorrer do ciclo de avaliação de forma contínua. Essa fase deve incluir as ações que contenham os quatro componentes do desenvolvimento:

Autoavaliação: todas as equipes devem promover processos de avaliação de sua própria prática, visando estabelecer a cultura da avaliação e do reconhecimento pelas EqAB da importância de pontos fortes e fracos de sua atuação, buscando a melhoria contínua. Esse componente do desenvolvimento está organizado em quatro dimensões: gestão municipal; gestão da AB; UBS e as Equipes, que inclui perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde. Contudo, as equipes podem optar por utilizar o instrumento padrão desenvolvido pelo MS (AMAQ) ou outro a sua escolha, podendo, inclusive, desenvolver o seu próprio instrumento de autoavaliação;

Monitoramento: compreende um processo contínuo de acompanhamento e avaliação dos parâmetros dos indicadores contratualizados, garantindo que as informações produzidas, a partir das práticas das equipes, possam subsidiar a sua tomada de decisão para o planejamento das ações de cuidado. Destaca-se a necessidade e a importância da

implementação de ferramentas de gestão da informação, de modo que as EqAB tenham condições de registrar as atividades desenvolvidas e terem condições de utilizá-las no planejamento;

Educação permanente: vista como um processo para além do pedagógico, a educação permanente é uma estratégia de apoio à gestão do cuidado pelas equipes, na medida em que se orienta pelas demandas e necessidades dos profissionais, devendo garantir que a aquisição e o aprimoramento de conhecimentos e habilidades estejam relacionados com o cotidiano das equipes e suas necessidades. É fundamental que os gestores apoiem e promovam as estratégias de educação permanente em consonância com as demandas das equipes;

Apoio institucional: visa fornecer suporte às EqAB no nível da gestão, atuando para a melhoria de processos, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. O apoiador institucional tem como papel principal aproximar os profissionais que prestam a assistência ao usuário daqueles responsáveis pela gestão. Considerando o propósito de avaliação integrada para melhoria do acesso e da qualidade o apoio institucional, é importante na medida em que auxilia as equipes no planejamento, fornecendo apoio técnico, visando alcançar as metas contratualizadas e promovendo melhoria contínua da assistência prestada aos usuários (BRASIL, 2011, 2013) (GIOVANELLA et al., 2018).

Nessa segunda fase, em que acontece a realização das ações das equipes, os gestores, também de forma conjunta, deverão atuar com a finalidade de alcançar os resultados contratualizados na primeira fase.

Com o componente de autoavaliação, as equipes têm a oportunidade de avaliarem o seu próprio desempenho, identificar os pontos negativos e positivos do seu processo de trabalho e construir uma matriz de intervenção. Assim, podem se posicionar de forma efetiva em relação às práticas que estão desenvolvendo durante o processo, com a finalidade de melhorar a organização e qualidade dos serviços prestados. Com o componente do monitoramento dos indicadores e por meio do apoio institucional e da educação permanente, a gestão participa e oferece os subsídios para que as equipes se empoderem e aprimorem suas práticas. O PMAQ-AB utiliza indicadores de desempenho que têm impacto direto na nota de certificação da equipe e indicadores de monitoramento servem para conhecer o contexto das equipes. Ressalta-se que os indicadores de monitoramento envolvem áreas estratégicas direcionadas a grupos prioritários como a SM, dentre outros (GIOVANELLA et al., 2018).

Terceira fase - avaliação externa: é o momento de levantar as informações necessárias

para verificar as condições de acesso e de qualidade das equipes participantes, com visita do pesquisador à UBS e posterior certificação de desempenho de cada EqAB. Examinam-se, com base em padrões específicos, a gestão da APS municipal, a infraestrutura das UBS, o processo de trabalho e a experiência de uso e a satisfação dos usuários. Essa fase é efetuada com o apoio de uma equipe de pesquisadores de mais de 40 Instituições de Ensino Superior em todo país, articulada a partir de iniciativas da rede de Pesquisa em Atenção Primária da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). A avaliação externa é estruturada em quatro módulos:

Módulo I: observação na UBS: objetiva avaliar as características estruturais e de ambiência na UBS, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis.

Módulo II: entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS: objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais da EqAB, assim como obter informações sobre processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

Módulo III: entrevista com o usuário na UBS: visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.

Módulo eletrônico: compõe um conjunto de informações complementares aos módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da AB (GIOVANELLA et al., 2018; NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014).

Giovanella e colaboradores (2018) afirmam, ainda, que essa fase se constitui uma avaliação complexa que vai muito além da forma como as equipes promovem o cuidado aos usuários. Implica uma avaliação integrativa, ao incluir itens como estrutura física da UBS e o plano de carreira dos profissionais, por exemplo, desde os fatores ligados à gestão até a oferta dos serviços de saúde. Por isso, as equipes devem se articular com a gestão, com o objetivo final de conseguir efetivar as melhorias necessárias para atender ao padrão de exigência da avaliação externa.

Na construção do instrumento utilizado na avaliação externa, foram selecionados 893 padrões de qualidade que avaliam múltiplos aspectos da AB. Para o processo de certificação, foi construída uma matriz de pontuação, orientada pela divisão em cinco dimensões, que se subdividem em 34 subdimensões. A escolha dos itens que compõem cada uma das subdimensões, bem como a relevância do item para a subdimensão e a consequente pontuação para o item (Figura 1), foi elaborada por técnicos do MS, CONASS e CONASEMS, tendo como base a relevância técnica, estratégica e política de

cada item (BRASIL, 2015).

Figura 1 – Dimensões para certificação das equipes – PMAQ-AB

DIMENSÃO IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho (Peso = 50)	Gestão do Processo de Trabalho e Acesso			
	IV.1	População de Referência da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.2	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.3	Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.4	Organização dos Prontuários na unidade básica de saúde	2	1,9
	IV.5	Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	3	2,9
	Subtotal		11	10,5
	Atenção à Saúde			
	IV.6	Acolhimento à Demanda Espontânea	4	3,8
	IV.7	Saúde da Mulher e da Criança	2	1,9
	IV.8	Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)	4	3,8
	IV.9	Saúde Mental	4	3,8
IV.10	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	4	3,8	
IV.11	Promoção da Saúde	2	1,9	

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES		RELEVÂNCIA	PERCENTUAL DA CERTIFICAÇÃO
DIMENSÃO I - Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica (Peso = 10)	I.1	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	1	1,8
	I.2	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica	3	5,3
	Subtotal	-	4	7,0
DIMENSÃO II - Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS (Peso = 15)	II.1	Funcionamento da Unidade de Saúde	1	0,8
	II.2	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS	2	1,5
	II.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS	3	2,3
	II.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde	2	1,5
	II.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	3	2,3
	II.6	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde	2	1,5
	II.7	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde	1	0,8
Subtotal	-	-	14	10,5
DIMENSÃO III - Valorização do Trabalhador (Peso = 15)	III.1	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	III.2	Educação Permanente	3	2,9
	III.3	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo	3	2,9
	III.4	Plano de Carreira e Remuneração Variável	3	2,9
Subtotal	-	-	11	10,5

Continuação

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES		RELEVÂNCIA	PERCENTUAL DA CERTIFICAÇÃO
	IV.12	Participação do Usuário e Controle Social	2	1,9
	Subtotal		22	21,9
	Áreas Específicas (Soma-se à Atenção à Saúde)			
	IV.13	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	3	0,9
	IV.14	Programa Saúde na Escola	3	0,9
	IV.15	Práticas Integrativas e Complementares	6	1,8
	Subtotal		12	3,5
Subtotal	-		45	35,5
DIMENSÃO V - Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (Peso = 10)	V.1	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	4	1,3
	V.2	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	4	1,3
	V.3	Acolhimento à Demanda Espontânea	2	0,7
	V.4	Saúde da Mulher e da Criança	4	1,3
	V.5	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)	4	1,3
	V.6	Satisfação e Participação do Usuário	3	1,0
Subtotal	-		21	7,0
TOTAL	-			70,0

Fonte: BRASIL, 2015.

A análise de resultados da avaliação externa das equipes de APS representa uma importante ferramenta para avaliar as condições de acesso e de qualidade da grande maioria de municípios e equipes participantes do programa (ABREU et al., 2018).

Após a avaliação externa, ocorre a certificação das equipes, que considera o desempenho das equipes em três conjuntos de ações, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 – Componentes da certificação das equipes – PMAQ-AB

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos indicadores contratualizados*	20%
Avaliação Externa	70%

*Corresponde à verificação do envio de dados para a base nacional do e-SUS/Sisab ou ao preenchimento dos indicadores do e-SUS no sistema do PMAQ e, também, à implantação do sistema por meio dos padrões de qualidade na avaliação externa.

Fonte: BRASIL, 2015

O processo de certificação das equipes tem importância fundamental para o PMAQ-AB, pois, além de ser um marcador do nível de acesso e qualidade da assistência prestada ao usuário, também tem relação direta com o repasse financeiro atribuído às EqAB participantes do programa. Ao se inscreverem no PMAQ-AB, os municípios passam a receber o chamado Componente de Qualidade do PAB Variável, que pode ser incrementado de acordo com a classificação das equipes na certificação do programa

(GIOVANELLA et al., 2018).

Ao final da certificação, nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, as equipes foram classificadas em quatro categorias, conforme seu desempenho:

Desempenho insatisfatório: quando a equipe não cumprir com os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, e assumidos no Termo de Compromisso, celebrado no momento da contratualização no PMAQ e com as diretrizes e normas para a organização da AB, previstas na Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;

Desempenho mediano ou abaixo da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% (cinquenta por cento) das equipes, classificadas com os menores desempenhos, foram consideradas com o desempenho mediano ou abaixo da média;

Desempenho acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% (trinta e quatro por cento) das equipes, classificadas com desempenho intermediário, foram consideradas com o desempenho acima da média;

Desempenho muito acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% (dezesseis por cento) das equipes, classificadas com os maiores desempenhos, foram consideradas com o desempenho muito acima da média.

O Quadro 2 apresenta a relação entre o desempenho alcançado e o valor do repasse do Componente de Qualidade do PAB Variável.

Quadro 2 – Distribuição de recursos segundo o desempenho na certificação – PMAQ-AB

Desempenho	Percentual de Recursos do Componente de Qualidade do PAB Variável
Insatisfatório	Desclassificadas do programa e deixam de receber o Componente de Qualidade
Mediano ou abaixo da média	Continuam recebendo 20% do Componente de Qualidade
Acima da média	Ampliam o recebimento para 60% do Componente de Qualidade
Muito acima da média	Ampliam o recebimento para 100% do Componente de Qualidade

Fonte: BRASIL, 2015.

Com as equipes certificadas, passa-se para a fase final do programa, que é o processo de recontratualização.

Quarta fase – recontratualização: é a etapa posterior à certificação das equipes de AB, portanto, só é realizada pelas equipes que participaram do programa em ciclo anterior. Nessa fase, ocorre a avaliação dos resultados, tomando como base a avaliação do desempenho de cada uma das equipes de acordo com o cumprimento das metas estabelecidas na etapa inicial do programa. Assim, a equipe deve realizar uma nova

pactuação dos seus indicadores e compromissos assumidos e uma nova contratualização, o que garante ao programa um processo cíclico e sistêmico de melhoria contínua da qualidade (GIOVANELLA et al., 2018).

O PMAQ-AB se estruturou até a aplicação do 3º ciclo, ocorrido entre os anos 2016 e 2018. O 1º ciclo ocorreu entre 2011 e 2012 e o 2º ciclo ocorreu entre 2013 e 2014. Além das ESF e de outras modalidades de EqAB, também são avaliadas as Equipes de Saúde Bucal e equipes do NASF.

O intuito final do PMAQ-AB, além da contribuição financeira para que os municípios atinjam melhorias no padrão de qualidade da atenção, é impactar as formas de gestão, trazer uma nova cultura à atenção prestada em saúde e aprimorar a implementação de políticas adotadas anteriormente com a mesma perspectiva de qualificar a APS. Assim, avaliar desempenho é promover o fortalecimento de toda APS (FLÔRES et al.; GIOVANELLA et al.; ABREU et al., 2018). Contudo, a nova PNAB afirma a descontinuidade do PMAQ-AB a partir do ano de 2019, vendo essa medida como um grande prejuízo para o processo de avaliação da APS brasileira.

3.3 Panorama da Saúde Mental

A SM vem ganhando espaço nas políticas públicas de saúde em diversos países, por compreender que as pessoas em condições de algum sofrimento psíquico têm suas atividades cotidianas e relacionais prejudicadas, consequências também intrínsecas ao fato dessas pessoas vivenciarem o preconceito, exclusão, e o estigma que, historicamente, a SM carrega (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

Segundo o relatório da OMS (2010), essa realidade é ainda maior em países de baixa e média renda. Assim, a necessidade de melhorar o acesso a serviços de SM nesses países tem sido fortemente argumentada e dada prioridade política entre pesquisadores e profissionais de saúde pública. Essa prioridade tem como base as evidências de que transtornos mentais, neurológicos e abuso de substâncias químicas são responsáveis por mais de dez por cento da carga global de doenças e quase três quartos desta carga afeta as pessoas que vivem em países periféricos (MENDENHALL, 2014).

Segundo Wenceslau e Ortega (2015), a OMS tem uma previsão de que, já em 2020, apenas os transtornos depressivos devam ser a segunda mais importante causa de incapacidade, depois das doenças isquêmicas cardíacas.

Devido à gravidade do assunto em todo mundo, surge a área denominada Saúde Mental Global (*Global Mental Health*) como um campo de estudos e de práticas que

objetivam reduzir as iniquidades no acesso e nos cuidados à SM em escala global. Seu principal foco é: levantar informações sobre o impacto dos transtornos mentais nas populações; analisar o atual estado do acesso e da qualidade dos tratamentos ofertados em distintas localidades do planeta; propor/avaliar intervenções que busquem superar as dificuldades encontradas nesta oferta, garantindo os melhores cuidados disponíveis para estas condições. Essas questões são abordadas em uma perspectiva global, destacando a dimensão de injustiça e de desrespeito aos direitos humanos, que subjaz às desigualdades da atenção à SM entre os países de alta, média e baixa renda e dentro deles. Também são consideradas as complexas questões culturais que envolvem o diagnóstico e as múltiplas modalidades de abordagem dos transtornos mentais nas diversas populações (WENCESLAU; ORGTEGA, 2015).

Ribeiro e Dias (2011) relatam que países de média e baixa renda apresentam uma escassez de profissionais habilitados para suprirem as necessidades do novo modelo de assistência em SM. Assim, a OMS tem discutido amplamente sobre o que denominou *Mental Health Gap*, ou lacuna, quanto aos profissionais habilitados e às estimativas de gastos para superar as necessidades desses países (RIBEIRO; DIAS, 2011).

Um marco importante para reformulação da atenção em SM para as Américas foi a confecção de um documento, que ficou conhecido como a Declaração de Caracas. Em 1990 a OMS, em parceria com a OPAS, convoca os países membros para a Conferência Regional com o tema: "A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de SM". Esta conferência, cuja influência ideológica se estendeu por toda a América Latina e Caribe, asseverou: "A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva"; "A reestruturação da atenção psiquiátrica implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços" (OMS, 1990).

Como estratégia de organização e monitoramento do panorama da SM mundial, a OMS confeccionou, em 2017, o atlas de SM (*Mental Health Atlas*), utilizado para rastrear o plano de ação 2013 – 2020. Esse plano possui quatro objetivos bem definidos: 1) Fortalecer e efetivar as lideranças e governanças em SM; 2) Fornecer serviços de SM e assistência social abrangentes, integrados e responsivos em contextos

comunitários; 3) Implementar estratégias de promoção e prevenção em contextos de SM e finalmente; 4) Fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisas para a SM (OMS, 2018).

3.3.1 Concepções Epistemológicas do termo Saúde Mental

Ao buscar as definições para o termo SM, somos remetidos a momentos cruciais para estruturação do modelo de SM ao redor do mundo, principalmente na Itália e França; inicialmente, por evidenciar a necessidade do tratamento à pessoa em condição de sofrimento mental, depois pelo fato de reconhecer que o modo de tratamento precisava ser reformulado e, finalmente, por apontar as diretrizes para consolidação de um modelo de atenção à SM de forma abrangente e eficaz.

Lancetti e Amarante (2009), diante da complexidade do assunto e aos diversos significados que ele pode representar, definem, didaticamente, as três concepções assumidas pelo termo SM. Assim se configuram:

- *Primeira concepção*: Alienismo. Utiliza tutela, vigilância, disciplina e controle para tratar o doente. Relaciona-se às origens históricas da psiquiatria, quando a expressão SM ainda nem era cogitada. Nasce a psiquiatria e a psicoterapia institucional. Marca o início das instituições psiquiátricas, com mudanças nas práticas de saúde e cuidados. Foi uma tentativa frustrada de superar a natureza de violência e exclusão social e tornar o hospital como local terapêutico. Essa ideia foi amplamente difundida, principalmente na França, por Phillippe Pinel, que ganhou a denominação de “alienista”.

- *Segunda concepção*: Reforma Psiquiátrica. Devido à necessidade de reformulação da ideia inicial, que reproduziu o conceito de alienação, tratamento moral e o isolamento. A realidade encontrada dos hospitais foi comparada com a dos campos de batalhas da segunda guerra mundial. Nasce, portanto, a antipsiquiatria e os movimentos de reforma da SM.

- *Terceira concepção*: A doença é colocada entre parênteses e surge a ideia de tratamento ao doente, com a superação das ideias anteriores, fechamento de manicômios e abertura de serviços denominados substitutivos. Ideia difundida, principalmente na Itália, por Franco Basaglia. Desse movimento, nasce a psiquiatria democrática.

3.4 Políticas de Saúde Mental no Brasil

A política de SM no Brasil se entrelaça entre o antigo e o novo em um processo, às vezes, de difícil compreensão. Para tanto, foi dividido, didaticamente, em duas fases: 1) Antecedentes Históricos; 2) Reforma Psiquiátrica Brasileira. Isso permitiu identificar

as influências recebidas do processo de reforma francês, na primeira fase, e italiano, desde o final da primeira fase e em toda segunda fase. Nesses cenários, foram tecidas as ideias que propiciaram a atual PNSM, a qual ainda se encontra em processo de implementação.

3.4.1 Primeira Fase – Antecedentes Históricos

Barroso e Silva (2011) afirmam que, por muitos anos, o alicerce do tratamento psiquiátrico nos países ocidentais foi baseado na internação em manicômios e por tempo indeterminado. Essa prática deu origem ao modelo manicomial, que tinha como pilar de sustentação o alienismo, respaldado pelos ideais filosóficos da Revolução Francesa. Os manicômios eram vistos como espaço de cura pela razão e de não julgamento social, o que permitiria ao alienado exercer sua liberdade, tornando-se novamente sujeito de direito.

Os antecedentes históricos dos cenários de saúde no Brasil evidenciam que a saúde pública e a SM se entrelaçam, se desenham e se fundem. São marcados por determinados eventos e acontecimentos em períodos e datas específicos, absorvendo influências, inicialmente da França (início do séc. XVIII) e Itália (a partir dos anos 1960). Ressaltam-se para a SM dois grandes marcos: primeiro, a chegada da família real ao Brasil em 1808, inaugurando a preocupação com a loucura; segundo, a criação do Hospício Pedro II, em 1852, como início da organização da assistência ao doente mental. Vale destacar a Proclamação da República, em 1889, com possibilidades para novas abordagens para a saúde. A criação dos hospitais-colônia no início do século e sua manutenção iniciada no ano de 1931 (OLIVEIRA; PADILHA, 2011; DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). Ressalta-se, para Minas Gerais, a criação do Hospital-Colônia de Barbacena em 1903, mas, o que era para ser uma instituição médica, torna-se um “matadouro”, sendo comparado a um campo de concentração nazista, em que as atrocidades ali cometidas recebem o nome de “holocausto brasileiro”.

Em 1950, com o surgimento dos Neurolépticos, há um fortalecimento da psiquiatria medicamentosa e efetivação das intervenções médicas, e, com o Brasil passando por um período de rápida modernização, estão lançadas as bases para a “Indústria da Loucura”, endossada pelo Golpe Militar e início da ditadura (1964-85). Nesse período, há uma gigantesca expansão dos hospitais psiquiátricos por todo país e as pessoas com sofrimento psíquico ou não eram retiradas do convívio familiar e social como forma de “tratamento”. O número de leitos em HP públicos diminui radicalmente e aumenta absurdamente nos HP particulares; nesse cenário, a barbárie aos ditos pacientes

psiquiátricos reinou até o final dos anos 80.

Contudo, frente a esse cenário excludente e manicomial, as discussões dos trabalhadores da SM na I Conferência de Saúde Mental das Américas (1968) e o histórico encontro dos trabalhadores de SM em 18 de maio na cidade de Baurú, São Paulo, tinham o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Assim, com as graves denúncias ao modelo manicomial de tratamento, é instalado o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, criado e ampliado os serviços de modalidade comunitária (1970-80) (MACIEL, 2010; TEIXEIRA; RAMOS, 2012).

3.4.2 Segunda fase – Reforma Psiquiátrica Brasileira

A RPB é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. É compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, na busca da superação do modelo asilar, com a implantação de dispositivos comunitários de assistência à SM (SANTOS et al., 2018).

Assim, vários países iniciaram uma reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde frente às diversas crises em que se encontravam os modelos assistenciais até então adotados. O Brasil foi um dos países que mais prontamente atendeu à diretriz da OMS em favor da adoção de um modelo de atenção comunitária em substituição ao modelo asilar (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

O processo de RPB iniciou concomitantemente ao processo de democratização do país, com a reformulação profunda no seu sistema de saúde, passando a questionar os saberes e práticas psiquiátricos, além de fazer uma crítica radical ao hospital psiquiátrico como local de tratamento (ANDRADE; MALUF, 2017).

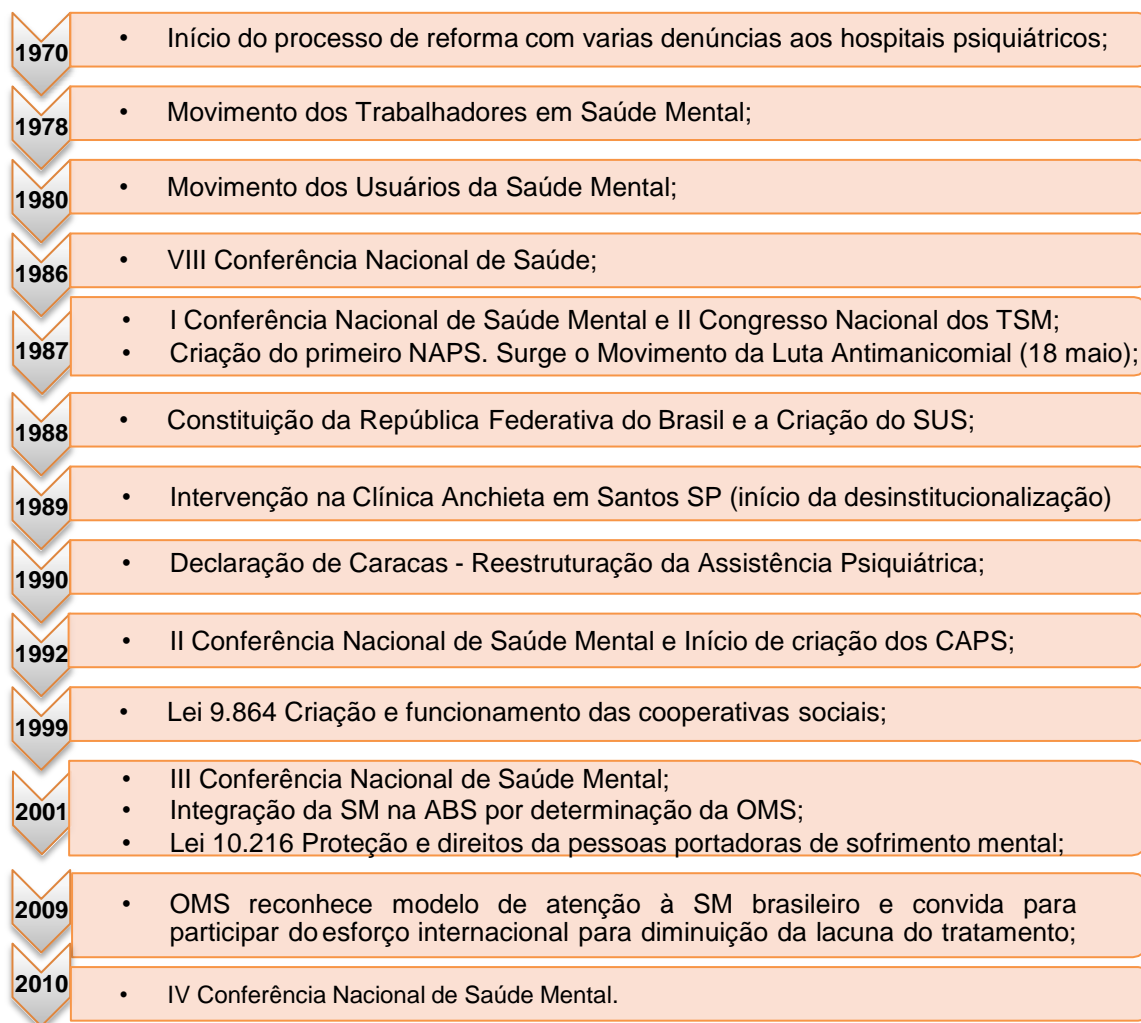
Passos (2009) ressalta que o processo brasileiro de reforma da saúde foi fortemente influenciado pelos ideais da Reforma Psiquiátrica Italiana. Suas histórias se cruzam, se misturam e se interrogam, trazendo contribuições importantes para organização e implantação de um novo modelo de assistência à saúde no Brasil.

Na década de 70-80, foram lançadas as bases tanto para a Reforma Sanitária Brasileira quanto para a RPB, que se estende até os dias de hoje. A Figura 2 mostra parte da evolução histórica do processo da RPB, evidenciando alguns dos principais

acontecimentos que contribuíram de forma direta e/ou indireta para a consolidação do modelo de assistência à SM brasileira. Assim, podemos ter uma visão de como o processo começou e se encaminhou ao longo de décadas.

Reafirmamos a significativa importância dos movimentos sociais, sem os quais não seria possível nem iniciar o processo. Foram os movimentos dos trabalhadores em SM e também dos usuários e familiares dos portadores de sofrimento psíquico, a partir das suas inquietações e observação de uma realidade cruel e excludente, que garantiram as bases sólidas, não apenas para iniciar as discussões acerca das mudanças, mas também que sustentaram os embates e entraves, constituindo-se, assim, um verdadeiro movimento de resistência da denominada Luta Antimanicomial, cujo marco foi o Encontro de Baurú, no dia 18 de maio.

Figura 2 - Evolução histórica da RPB



Fonte: elaboração própria a partir de (AMARANTE, 1999; BRASIL, 2004; DEVERA, COSTA-ROSA, 2007; LANCETTI e AMARANTE, 2009; MACIEL, 2010; OLIVEIRA, PADILHA, OLIVEIRA, 2011; DAL POZ, LIMA, PERAZZI, 2012; TEIXEIRA, RAMOS, 2012; OMS, 2017).

A RPB propõe um modelo de atenção centrado nos serviços comunitários em substituição à internação hospitalar, seguindo as mesmas orientações das políticas de SM encontradas no cenário internacional (SANTOS et al., 2018).

O processo de RPB teve início no final da década de 1970, momento marcado por grande número de denúncias de maus-tratos praticados aos pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, os trabalhadores de SM começam a se organizar e instalam um processo histórico de formulação crítica e prática, a fim de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar até então implantado. A psiquiatria passa a dizer respeito a toda a sociedade, de maneira que seu objeto deixa de ser a doença para se tornar o sujeito da experiência do sofrimento (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011).

Amarante (2012) lembra que o país ainda vivia sob o regime militar, no qual a assistência à saúde estava condicionada ao vínculo trabalhista, fortemente voltada para o modelo hospitalar biomédico. No campo da SM, o que se via era a grande oferta de leitos psiquiátricos, especialmente privados, que cumpriam o papel de “garantir tratamento” às pessoas em condições de sofrimento psíquico. Em poucos anos, esse cenário gera a crise do sistema público de saúde.

Em 1978, no bojo da crise, com as denúncias de maus-tratos e os movimentos dos trabalhadores, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com a finalidade de denunciar as precárias condições de trabalho dos profissionais de SM, ampliando a luta pela adoção do modelo de atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil (BARROSO; SILVA, 2011).

Essas ideias foram estimuladas pelo momento de reforma italiano, vitorioso com a aprovação da Lei 180 da Reforma Psiquiátrica, de 1978. O cerne da Lei era o fechamento de hospitais psiquiátricos (iniciado em 1976) e sua substituição por serviços comunitários abertos. Vale lembrar que, no ano de 1973, a OMS credenciou o serviço psiquiátrico de Trieste como a principal referência mundial para reformulação da assistência em SM (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Na década de 1980, surge o importante Movimento dos Usuários da Saúde Mental e aumenta a pressão social em favor das mudanças necessárias. O Governo Federal lança uma proposta para a SM que continha os principais pontos defendidos pelos movimentos

de Reforma Psiquiátrica. Contudo, a privatização psiquiátrica persistiu e as precárias condições dentro das instituições psiquiátricas pouco mudaram (BARROSO; SILVA, 2011). Essa situação só encontra as bases para reformulação do sistema de saúde, com o Regime Democrático de 1985, abrindo espaços para as Conferências Nacionais em Saúde.

Nessa mesma década, o município de Belo Horizonte organizou seu sistema de saúde de forma que a APS era apoiada por Equipes de SM, com o objetivo de atender à demanda de SM na APS por meio da produção de um padrão de atendimento mais participativo e capaz de abranger os níveis primário e secundário de assistência, descentralizando o cuidado em SM com o deslocamento do eixo de atendimento do hospital e da rede terciária para as UBS (DANTAS; PASSOS, 2018). Porém, essas equipes não produziram o enriquecimento da leitura dos problemas enfrentados pela clientela da política de SM (GOULART, 2015). Contudo, o município de BH é reconhecido, nacionalmente, pelos avanços alcançados nos processos da RPB, com experiências exitosas no Movimento de Luta Antimanicomial e por seu vasto histórico de forte articulação das práticas de SM desenvolvidas na APS (MINAS GERAIS, 2006).

Em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que se caracterizou como um marco para o sistema de saúde público, por estabelecer que a saúde seja um direito de todos e dever do Estado e propor um SUS, com a seguinte orientação: cabe ao Estado integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais e assegurar os meios que permitam o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas públicas e econômicas pela população (GONÇALVES et al., 2008).

Em 1987, com o desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada, na cidade do Rio de Janeiro, a I CNSM.

Ressalta-se a importância da participação de vários atores envolvidos no campo da SM, como usuários, familiares, membros de movimentos sociais, técnicos, dirigentes e políticos. A I CNSM abordou três temas: 1) Economia, sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e doença mental; 2) Reforma Sanitária e reorganização da assistência à SM; 3) Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. As discussões desses temas resultaram nas seguintes propostas: a) Necessidade de participação da sociedade no gerenciamento dos serviços através do controle social; b) Defesa dos direitos dos pacientes; c) Internação em hospital geral e a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos (TENÓRIO, 2002).

Também, no ano de 1987, no dia 18 de maio, na cidade de Baurú, aconteceu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. Esse dia marca o início do Movimento da Luta Antimanicomial, que se tornou o mais relevante ator da sociedade civil brasileira no processo de mudança no campo da SM. Esse fato e a realização da I CNSM fazem com que o movimento de desinstitucionalização ganhe destaque nas discussões públicas. As propostas desses eventos tiveram um impacto tão grande e contribuíram para a implantação do primeiro CAPS no Brasil (BARROSO; SILVA, 2011; LOBOSQUE, 1997).

Amarante (2012) relata que, ano de 1987, foi inaugurado o primeiro serviço de atenção psicossocial do país, na cidade de São Paulo, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Esse foi o primeiro dispositivo a operar fora da lógica manicomial, tentando promover ações de inserção comunitária e atendendo a pacientes graves que antes eram encaminhados para internação hospitalar.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, houve uma importante mudança na forma de programar a assistência em saúde. Definiu-se que a saúde é um direito dos cidadãos, de caráter universal, devendo ser garantida pelo Estado. Outra importante mudança foi a descentralização dos serviços de saúde, que deverão atuar de forma regionalizada, hierarquizada, com gestão democrática e participativa, visando alcançar integralidade na atenção e equidade no acesso (PROTÁZIO, 2015; MENDONÇA et al., 2018).

Em 1989, a Prefeitura de Santos, inspirada na Psiquiatria Democrática italiana, fez uma importante intervenção em um hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS, a Clínica Anchieta. A gestão municipal optou por não reformar o hospital, estruturando serviços substitutivos denominados NAPS. No caso de Santos, a opção foi pela desconstrução do manicômio, que é mais abrangente que deixar para trás a estrutura física, pois é deixar para trás também um modo de fazer, um conceito de doença mental (AMARANTE, 2012). Essa foi a primeira experiência de intervenção cuja finalidade não era apenas investigar e sim propor uma nova modalidade de prestação de assistência à SM.

Essa experiência é importante, porque aponta possibilidades de cuidados que não se restringem ao acesso do usuário aos serviços psicossociais. Assim, a prefeitura de Santos municipalizou o atendimento psiquiátrico, contribuindo para a consolidação dos CAPS e criação de outros serviços psiquiátricos substitutivos, como as moradias para egressos de hospitais psiquiátricos e as cooperativas de trabalho para geração de renda

para os usuários (BARROSO; SILVA, 2011).

Concomitantemente, nos centros de saúde da APS, foram instaladas equipes mínimas com psiquiatra, psicólogo e assistente social, destinadas a prestar assistência aos agravos em SM, reconhecendo o indivíduo como um ser bio-psico-social. Os pacientes eram atendidos concomitantemente pelas ESF e pelas equipes de SM. Nesse sentido, as características marcantes da assistência à SM desenvolvida no âmbito da APS eram o envolvimento, a co-responsabilização dos pacientes e seus grupos familiares (LANCETTI; AMARANTE, 2009). Assim, começou a construção do sistema de SM brasileiro a partir da desconstrução do hospital psiquiátrico e com a concretização dos ideais reformistas.

Assim, pode-se afirmar que a RPB está fortemente assentada em valores, como o direito de o usuário ser tratado em liberdade, como a aposta na reinserção social, na humanização dos cuidados e no resgate da condição de cidadania dos usuários (CAMPOS; BARRIO, 2013; CAMPOS et al., 2014).

No mesmo ano, 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a substituição dos mesmos. O projeto propunha, também, a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil. Paralelamente, começou-se a implantação dos chamados serviços substitutivos, a fim de atender as pessoas com transtornos psiquiátricos, sem recorrer à internação (DELGADO et al., 2007). Essa Lei se configura como esboço para a criação da PNSM.

Em 1990, a OMS, juntamente com a OPAS, convocou os países membros para a Conferência Regional de Estruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) em Caracas, Venezuela. As propostas dessa conferência deram origem à “Declaração de Caracas”, a qual contribuiu para o processo de RPB. Nesse sentido, o Governo brasileiro assumiu assegurar os direitos humanos às pessoas com transtornos psiquiátricos e organizar a assistência à saúde para as pessoas em condições de sofrimento psíquico nos serviços comunitários de SM (VIDAL et al., 2008)

Com a criação do SUS, embasada na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, são garantidos, por Lei, os direitos dos pacientes psiquiátricos e o redirecionamento do modelo de assistência em SM em todo país. Esses dois eventos, junto com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, formam o tripé de sustentação para o projeto de RPB. Assim, apontam a direção para a real transformação das práticas da assistência em SM, com a garantia dos direitos humanos e de cidadania para as pessoas em condições de

sofrimento psíquico (SILVA, 2017).

No ano de 1992, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental, com os temas: Rede de atenção em SM; Transformação e cumprimento de leis; Direito à atenção e direito à cidadania. Essas discussões se tornam a inspiração de toda a legislação posterior em relação à mudança do modelo da assistência em SM, preconizando seu funcionamento em redes de atenção entre os diversos serviços (RAMMINGER; NARDI, 2007).

Nesse sentido, as Portarias 189/01 e 224/92 estabelecem, em âmbito nacional, o início de criação dos CAPS como serviços substitutivos. Oficializa suas normas de funcionamento, especifica suas atribuições e diferencia os tipos de CAPS por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional (BARROSO; SILVA, 2011).

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico foram denominados Centros de Referência à Saúde Mental. Esses centros atuam de forma regionalizada (atendendo a uma determinada área de abrangência) e hierarquizada (trabalhando com toda a rede de serviços de saúde), incluindo centros de saúde, centros de convivência, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e demais serviços (OLIVEIRA; CAIAFFA; CHERCHIGLIA, 2006).

A Portaria 336/02 estabelece ao CAPS o papel central na psiquiatria comunitária e estabelece as bases para sua expansão; assim, a década 2000 fica marcada pela crescente implantação dos CAPS por todo território nacional. O resultado desse processo evidenciou uma redução significativa de leitos psiquiátricos nos hospitais, passando dos 86 mil em 1991 para 35.426 em 2009, confirmando o intuito do Brasil em consolidar o processo de desinstitucionalização (BARROSO; SILVA, 2011).

Esse processo avança, apesar de a redução de leitos ser, muitas vezes, combatida por defensores do modelo hospitalar, com a alegação de que o fechamento dos leitos leva à desassistência dos usuários da SM (AMARANTE, 2012). Nesse sentido, surge cada vez mais a necessidade de ampliar e estruturar outras formas de prestação do cuidado em SM.

Em 2001 é aprovada a Lei 10.216, denominada “Lei Paulo Delgado”, ratificando as portarias anteriores e oficializando o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil. Essa Lei dispõe sobre a humanização da assistência, a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias. Além

dos CAPS, previu-se a implantação de ambulatórios de SM, NAPS, residências terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura. Previu-se, também, a criação de oficinas de trabalho protegido, unidades de preparação para a reinserção social dos pacientes e serviços para o atendimento às famílias (BRASIL, 2001; TENÓRIO, 2002; BARROS; SILVA, 2011; JORDÃO; PERGENTINO, 2018).

Ao oficializar o atendimento psiquiátrico comunitário em todo território brasileiro, essa Lei se configura como a PNSM que se encontra em processo de implementação nos dias de hoje.

A III CNSM ocorreu em 2001 e teve como tema “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Os debates se organizaram através dos subtemas: Financiamento; Recursos humanos; Controle social, Acessibilidade; Direitos e Cidadania. Essas discussões levam o MS a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma rede de assistência de base comunitária de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Ainda em 2001, a OMS determina que a assistência à SM seja integrada à ABS. O relatório intitulado “Integração da SM nos cuidados primários, uma perspectiva global” descreve como deve ser essa integração. Esse relatório apresenta as justificativas e as vantagens para a assistência à SM ser integrada à APS. Ao mesmo tempo, fornece conselhos sobre como implementar e melhorar a APS para a SM e descreve as experiências exitosas de vários sistemas de saúde ao realizarem esta importante transformação (OMS, 2009).

Em 2002, em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o MS passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da SM, tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2005).

A Lei 10.708, publicada em 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas como possibilidade para a assistência, acompanhamento e integração social fora de unidade

hospitalar. 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 (BRASIL, 2004). Ficou conhecida como “Lei De Volta Para Casa”.

Em 2010, na cidade de Brasília, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Pela primeira vez, foi executada de forma intersectorial, com grande participação de usuários, trabalhadores e gestores do campo da saúde e de outros setores. Essa ampla participação e representação democrática consolida as CNSM como dispositivos fundamentais para a construção de políticas de Estado, independentes de governos específicos e com ampla participação popular (BRASIL, 2010).

Em 2011 a Portaria 3.088 tira o Hospital Psiquiátrico do foco de atenção e institui a RAPS, com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde de pessoas em condições de sofrimento psíquico e aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011).

Em 2013, o MS, por meio do Departamento de AB, publicou o “Cadernos de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental” com as orientações acerca da inserção do cuidado em SM no cenário da APS. Essa publicação se caracteriza como o grande incentivo para que a APS absorva o cuidado em SM (BRASIL, 2013).

São diretrizes para o funcionamento da RAPS, entre outras: respeito aos direitos humanos; promoção da equidade; atenção humanizada; garantia de acesso e qualidade dos serviços; ênfase em serviços de base territorial e comunitária; promoção de estratégias de educação permanente. Entre os objetivos da RAPS, destacam-se:

- Ampliar o acesso da população em geral à atenção psicossocial;
- Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- Promover formação permanente aos profissionais de saúde;
- Regular as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS;
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços.

(BRASIL, 2011).

Diversos serviços compõem a RAPS, conforme exposto na Figura 3:

Figura 3 - Conhecendo componentes e pontos de atenção da RAPS

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	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
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Adaptado de Portal da saúde - SUS (2017).

O cenário de construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sofrido constantes alterações, relacionando-se em alguns momentos com vários problemas. Assim, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite, que reúne o MS e representantes de estados (CONASS) e municípios (CONASEMS), estabelecendo as diretrizes para fortalecimento da RAPS, promovendo mudanças na PNSM com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2017).

O MS publica a Resolução 32/2017 e Portaria 3.588/2017, que trazem como principais alterações: ampliação dos leitos psiquiátricos no hospital geral, com a obrigatoriedade de equipe multiprofissional mínima em enfermarias especializadas; atualização do valor pago em internações no hospital psiquiátrico, por entender a desinstitucionalização não mais como sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos; ampliação do financiamento e fortalecimento das comunidades terapêuticas (BRASIL, 2017).

Essas publicações são aprovadas mesmo havendo fortes protestos da Associação Brasileira de Saúde Mental e do Conselho Nacional de Direitos Humanos. Esses órgãos

emitiram notas de repúdio e se posicionaram contrários às alterações da PNSM, por acreditarem que as medidas são ilegais e têm como consequência o retrocesso das conquistas efetivas pela Lei 10.216.

Diante disso, o Conselho Nacional de Saúde recomenda ao MS que seja revogada a Portaria 3.588, por meio da recomendação 0001 de 31 de janeiro de 2018, e que seja publicada uma nova portaria que esteja em consonância com os princípios da RPB e da Lei 10.216, a fim de se evitar o evidente retrocesso causado por essas alterações (CNS, 2018).

3.4.3. Desafios Após a Reforma Psiquiátrica Brasileira

Com a instituição da PNSM, vários obstáculos foram superados e muito se avançou em termos de legislação e organização da assistência ao portador de sofrimento mental, contudo o Brasil necessita enfrentar alguns dos desafios que surgiram ao longo do processo, como a cronificação dos usuários, a reinternação psiquiátrica e a internação compulsória. Para tanto, necessita construir uma rede de assistência competente, com ações de SM integradas na APS (LOBOSQUE, 2011; PORTELA, 2017; DANTAS; PASSOS, 2018).

Nos últimos anos, um fenômeno que chama a atenção de técnicos e pesquisadores é a chamada cronificação dos usuários. Esse processo se caracteriza pelo não desenvolvimento de autonomia por parte do usuário, que permanece ligado ao CAPS por longos períodos, repetindo o fenômeno da institucionalização dos sujeitos. (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014).

A reinternação psiquiátrica é caracterizada por um ciclo de internações e altas em curto espaço de tempo. Esse ciclo vicioso pode favorecer o enfraquecimento e até mesmo o rompimento de laços familiares e sociais, tornando a pessoa em sofrimento psíquico mais suscetível e vulnerável. Esse fenômeno repercute na lentidão do processo de substituição total do modelo manicomial e coexistência do parque asilar e dos serviços substitutivos (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011; MACEDO et al., 2017).

A determinação de internação compulsória/cárcere dos usuários de crack como política de SM é caracterizada como uma medida arcaica e ineficaz. É insistir no erro histórico que a Reforma Psiquiátrica tanto investiu para mudar. É voltar a ouvir a frase “Me tira daqui!” (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, necessitamos refletir sobre o fato de que a desinstitucionalização é um processo complexo que supera a desospitalização. A desinstitucionalização exige um

amadurecimento da política de saúde, com a finalidade de promover condições para a inserção dos portadores de sofrimento psíquico no convívio social, promovendo sua autonomia, garantindo o respeito aos direitos humanos e fornecendo tratamento adequado e necessário (WHO, 2001).

Jordão e Pergentino (2018) lembram que a simples alteração nos formatos de oferta e acesso ao serviço podem não garantir a aplicabilidade dos conceitos humanizadores e, em certa medida, reproduzir o que foi criticado até aqui nos manicômios. Portanto, as mudanças devem ir além de questões estruturais e atingir, principalmente, os gestores e profissionais que operam todo o sistema (LANCETTI; AMARANTE, 2009).

Para tanto, o desafio que se coloca é habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários. Isso leva o desafio da inserção de ações de SM na APS para além do SUS, já que, para se realizar, ele implica a abertura da sociedade para a sua própria diversidade (PORTELA, 2017).

Além desses desafios para avançar na PNSM, o Brasil, nos últimos anos, tem se colocado na contramão dessa lógica e corre um sério risco de retrocesso de todo o processo de RPB já conquistado.

As últimas alterações da PNSM trazem o retorno do hospital psiquiátrico para a política. Contrariando tudo que já se encontra posto pela literatura, a portaria aprovada dá margem para abertura de novos leitos, hospitais particulares novamente serão custeados com dinheiro público. Da mesma forma, as comunidades terapêuticas serão fortemente financiadas e a lógica do “tratamento” passa a ser pela abstinência do uso de drogas em serviços fechados e isolados do território.

Ademais, a criação dos ambulatórios de SM que irão concorrer com o CAPS provoca um distanciamento dos usuários da APS. Esses ambulatórios poderiam tirar, de alguma forma, a SM da APS, pois, se os municípios conseguirem compor esses serviços, eles vão direcionar suas demandas para esses ambulatórios e deixar a APS com outras questões. Corremos um sério risco de aumentar a segregação e estigmatização do tratamento do portador de sofrimento psíquico.

Por fim, desafios atuais, como a falta de trabalho, lazer, moradia, políticas sociais equânimes, falta de serviços de atenção ao momento da crise e a própria inserção dos cuidados em SM na APS, necessitam ser enfrentados e superados.

É neste complexo contexto que contém impasses para o avanço da PNSM e

possibilidades de grandes retrocessos, que ocorre a discussão relativa à estruturação da SM na APS no Brasil.

3.5 Saúde Mental e Cuidados Primários

Durante demasiado tempo, as perturbações mentais têm sido largamente ignoradas no âmbito dos esforços desenvolvidos, para reforçar os cuidados de saúde primários. Isso tem acontecido apesar de as perturbações mentais poderem ser encontradas em todos os países, em mulheres e homens, em todas as etapas da vida, entre ricos e pobres, e tanto em localizações rurais como urbanas; e apesar de a integração da SM nos cuidados primários facilitar serviços holísticos e centrados no indivíduo e, como tal, ter um papel fulcral em relação aos valores e princípios da Declaração de Alma Ata (OMS, 2008).

Lancetti e Amaral (2009) relatam que, na APS, os pacientes deixam de ser números e prontuários, eles são tratados nas tramas que organizam suas vidas. Assim, depositam nos membros das equipas as mais variadas formas de sentimentos, como amor, ódio e esperança, caracterizando a ESF, por assim dizer, um Programa de SM: com tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos; onde o acolhimento é praticado, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de SM; e desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação e protagonismo político.

Moliner e Lopes (2013) afirmam que os princípios de atuação da AB para uma assistência integral na área da SM são a noção de território, a organização da atenção à SM em rede, a intersectoralidade, a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade/interdisciplinar, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção de autonomia possível de usuários e familiares.

Nesse sentido, Lobosque (2011) reafirma que a APS representa o espaço mais próximo do usuário no âmbito do território. Assim, por meio de parceria com a ESF, com oferta de formação em SM, matriciamento e retaguarda do CAPS, é possível inserir o cuidado em SM no nível primário, assegurando o direito de todo cidadão sem excluir as pessoas com alguma condição de sofrimento psíquico ao acolhimento, ao vínculo e à responsabilização docuidado na APS.

No Brasil, a APS possui relevância significativa dentre os cenários de cuidado em SM, por propiciar o desenvolvimento da assistência em consonância com a consolidação dos ideais da RPB e os princípios da atual PNSM. Assim, a APS se define como um conjunto de ações de carácter individual ou coletivo, de base comunitária, voltado para

promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento em geral, considerando as demandas do território e prezando pela participação comunitária nos processos de planejamento, operacionalização e controle (BEZERRA et al., 2014; FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

Silva Filho e Bezerra (2018) mostram dados preocupantes da OPAS sobre o aumento significativo do adoecimento psíquico no mundo. Assim, apontam para o fato de que a SM vem ganhando espaço no cenário das políticas públicas, por compreender que as pessoas portadoras de algum sofrimento psíquico têm suas atividades cotidianas e relacionais prejudicadas.

3.5.1 Dados sobre o Adoecimento Psíquico

As publicações mais recentes do estudo Carga Global de Doenças apontam um quadro preocupante. O adoecimento psíquico está distribuído em todas as populações, afetando pessoas de ambos os sexos, ricos e pobres, moradores de áreas urbanas ou rurais. Estima-se que, em 2015, havia 875 milhões de pessoas acometidas por alguma afecção psíquica no mundo. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde indica que a prevalência de depressão na população maior que 18 anos é 7,6%, com variações entre os estados, de 1,6% no Pará a 13,2% no Rio Grande do Sul (IBGE, 2015). Os dados da Carga Global de Doenças indicam que 37,9 milhões de pessoas têm alguma afecção psíquica e que, na comparação com o ano de 2005, houve um aumento na prevalência desses agravos (GBD, 2016).

Em 2015 os TM foram responsáveis por alta carga de doença em todo mundo. A categoria dos TM saltou da oitava para sexta posição entre 1990 e 2015 na classificação *Disability-Adjusted Life-Years*. No Brasil, passou da sexta para a terceira posição, indicando maior gravidade da situação de SM no país. Estudo realizado com amostra representativa de adultos da cidade de São Paulo e região metropolitana constatou uma prevalência de TM, nos últimos 12 meses, de 29,6%, sendo a ansiedade (19,9%) e os transtornos de humor (11,0%) os mais prevalentes, seguidos pelos transtornos de controle de impulso (4,2%) e decorrentes do uso de substâncias psicoativas (3,6%) (BONADIMAN, 2017).

A prevalência das perturbações mentais nos *settings* de cuidados primários tem sido extensivamente pesquisada em uma variedade de países. Ao longo dos anos, a prevalência entre adultos foi documentada como variando entre 10% e 60%. Nos *settings* onde prevalências altas foram encontradas, como em Santiago do Chile, onde uma prevalência de 53,5% foi encontrada no princípio dos anos 90, levantamentos feitos em

seguida mostraram resultados semelhantes: variando entre 51,9 e 59,9%. As perturbações mentais principais presentes em *settings* de cuidados primários são a depressão (variando entre 5% e 20%), a perturbação da ansiedade generalizada (4% a 15%), o abuso e dependência do álcool (5% a 15%) e as perturbações de somatização (0,5% a 11%) (OMS, 2009).

Estudo realizado em ESF brasileiras, por Fernandes e colaboradores (2014), evidencia que a prevalência dos transtornos mentais é elevada e o seu impacto é muito grande no nível dos indivíduos, da família e da sociedade.

Aproximadamente 20% dos atendimentos realizados na APS estão relacionados com alguma queixa de transtornos mentais. Assim, a SM deve ser entendida como um campo de intervenção prioritário para as equipes da ESF, pois essas têm potencialidade de atuar não só na unidade de saúde, mas também no espaço social onde a comunidade vive e circula (DANTAS; PASSOS, 2018).

Wenceslau e Ortega (2015) apontam para a necessidade e importância da inserção das ações de SM, pelas ESF, na APS. Isso ocorre para que a RAPS seja realmente efetivada, uma vez que essas equipes se configuram pela cobertura universal de base territorial. Nesse sentido, as experiências de assistência em SM, desenvolvidas no âmbito das ESF, possibilitam não só essa inserção, mas se caracterizam como instrumento para consolidação do processo de implementação da PNSM.

3.5.2 Saúde Mental e Cuidados primários na Visão da Organização Mundial de Saúde

A OMS tem se preocupado com o aumento dos problemas relacionados à SM e sua integração na ABS. Por isso, tem emitido publicações no sentido de evidenciar os cenários do sofrimento mental, reforçar a importância da integração da SM na ABS e apresentar situações práticas em diversos países.

No ano de 2008 a OMS lançou o programa mhGAP (*Mental Health Gap Action Programme* - Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental), o qual incentiva a implantação de serviços de SM na APS em países de baixa e médiorrenda. Muitos países aderiram ao projeto, especialmente na África e na Ásia (Etiópia, Uganda, Índia, Nepal, Nigéria, África do Sul, Malawi) (WHO, 2010).

A principal ferramenta do mhGAP é o “Guia de Intervenção para Transtornos Mentais, Neurológicos e de Uso de Substâncias em Configurações de Saúde Não Especializadas”. Trata-se de um manual clínico baseado em revisões sistemáticas de evidências de eficácia dos serviços. A proposta central do programa é aumentar o acesso

a serviços de SM não baseado em especialistas (VENTEVOGEL, 2014).

No relatório “Integração de Saúde Mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global” da OMS, em 2009, fica clara a mensagem sobre a importância de se discutir o adoecimento mental e a necessidade de criar alternativas para o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico na APS. O relatório faz um importante alerta a respeito do impacto causado pelos transtornos mentais, econômicos e sociais.

Integrar serviços de SM na APS é a maneira mais viável de cobrir o déficit de tratamento e assegurar que as pessoas recebam os cuidados que necessitam. O adoecimento psíquico afeta centenas de milhões de pessoas e, se não tratadas, cobram um enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda econômica. Apesar das possibilidades existentes de tratar com sucesso as perturbações mentais, apenas uma pequena minoria daqueles que o necessitam recebem o tratamento mais básico. Nesse sentido, os cuidados primários integrados para a SM são um objetivo alcançável, e, como já foi demonstrado por numerosos sistemas de saúde, podem atingir melhorias significativas. Os cuidados primários integrados para SM não são só a abordagem mais desejável, são também uma abordagem viável, até em países de rendimento baixo ou médio (WHO; WONCA, 2009).

Assim, o relatório da OMS (2009) aponta as Sete Razões para se integrar a assistência à SM na APS: 1) A carga de perturbações mentais é grande; 2) Os problemas de saúde mentais e físicos estão interligados; 3) O déficit de tratamento em relação às perturbações mentais é enorme; 4) Cuidados primários para SM ampliam o acesso; 5) Cuidados primários para SM promovem o respeito pelos direitos humanos; 6) Cuidados primários para SM são acessíveis em termos de custo e apresentam boa relação custo-benefício; 7) Cuidados primários para SM geram bons resultados em termos de saúde.

Como desdobramento dessas razões, o relatório evidencia práticas de SM realizados na APS em 10 países ao redor do mundo, dentre eles, a experiência da cidade de Sobral no Brasil:

Profissionais de cuidados primários desempenham avaliações da saúde física e mental de todos os pacientes. Eles tratam os pacientes se forem capazes de o fazer, ou solicitam uma avaliação por parte de uma equipe especializada em saúde mental, que faz visitas regulares aos centros de saúde familiar. Consultas conjuntas são realizadas com a participação de especialistas de saúde mental, profissionais de cuidados primários e pacientes. Este modelo não só assegura cuidados de saúde mental de boa qualidade, mas serve também como uma ferramenta de formação e supervisão, através da qual profissionais de cuidados primários

adquirem capacidades que possibilitam maior competência e autonomia em lidar com perturbações mentais. Ao longo do tempo, os profissionais de cuidados primários têm adquirido mais auto-confiança, competência, e independência em lidar com os problemas de saúde mental dos seus pacientes (OMS, 2009 pág. 99).

A partir da experiência de cada um desses países, foi possível elencar as propostas para integração da SM na APS, conforme descreve o relatório:

- 1) A política e os planos precisam incorporar cuidados primários para a SM;
- 2) A advocacia é necessária para mudar atitudes e comportamentos;
- 3) É necessária uma formação adequada dos trabalhadores de cuidados primários;
- 4) As tarefas de cuidados primários devem ser limitadas e factíveis;
- 5) Profissionais e instituições de SM especializados devem estar disponíveis para apoiar a APS;
- 6) Os doentes devem ter acesso a medicamentos essenciais psicotrópicos na APS;
- 7) Integração é um processo, não um evento;
- 8) Um coordenador de serviços de SM é crucial;
- 9) É necessária a colaboração com outros setores governamentais não ligados à saúde, organizações não governamentais, agentes de saúde das aldeias e comunidades e voluntários;
- 10) São necessários recursos financeiros e humanos.

Essas propostas têm a finalidade de efetivar a integração da SM com a APS como estratégia de enfrentamento ao crescente número dos transtornos psiquiátricos em todo mundo (WHO; WONCA, 2009).

3.5.3 Experiências de Integração da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

O cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em SM, encontra, na APS, por meio das ESF, o cenário propício para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2013).

Assim, as ações terapêuticas comuns aos profissionais da APS são: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa; uma

medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga; reconhecer os modelos de entendimento do usuário (PORTELA, 2017).

Existe um consenso na literatura de que a inclusão das ações de SM no contexto do SUS contribuiu para a consolidação da RPB, bem como demanda a reorientação da prática das ESF junto aos usuários com necessidades do campo da SM (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Para tanto, a literatura analisada procurou evidenciar as experiências da integração de ações em SM na APS, desenvolvidas nos últimos anos, em alguns países, principalmente no Brasil. A finalidade principal foi no sentido de identificar como essas experiências dialogam com a PNSM. Os estudos mostram vários problemas e algumas soluções, assim, foram organizadas duas grandes categorias: Desafios encontrados e Experiências de enfrentamento.

3.5.3.1 Desafios Encontrados e suas Consequências

Os estudos evidenciaram as dificuldades para inserção das ações de SM na APS relacionadas com: formação profissional, rede de serviços, infraestrutura e recursos humanos e processos de trabalho. Assim, apontaram as consequências como barreiras para prestação do cuidado continuado: reprodução do modelo asilar e biomédico, ausência de foco nos usuários e na família, duplicidade de modelos assistenciais, encaminhamentos desnecessários e ausência de corresponsabilização.

1) Formação Profissional

Em revisão sistemática publicada por Junqueira e Pillon (2011) e Souza e colaboradores (2012), os estudos foram unânimes em dizer que os trabalhadores necessitavam ser capacitados, pois desenvolviam suas ações pautadas no modelo biológico com intervenções centradas na consulta médica, medicalização e diagnóstico, visando apenas à remissão dos sintomas.

Corroboram esses estudos, os achados de Silveira e Vieira (2009) no Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Aosani e Nunes, Moliner e Lopes (2013), em Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Prates (2012), na periferia de São Paulo, Rocha e Werlang, Silveira (2012), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e Pinto e colaboradores (2012), em Fortaleza, Ceará, mostraram que as práticas assistenciais refletiam a concepção de SM como doença/TM. As consequências dessas ações geravam a ausência de corresponsabilização e encaminhamentos desnecessários.

Estudo de Fioramont e colaboradores (2013) e revisão sistemática de Frateschi e

Cardoso (2016) mostraram estudo na África do Sul, que apontou que os profissionais, devido ao medo e à insegurança, comumente se afastam dos familiares e das pessoas em sofrimento mental, omitindo-se. Esses fatos denotam a necessidade de educação continuada em SM para os trabalhadores das ESF.

Souza (2016), ao descrever a magnitude da ocorrência de registro DM na APS em municípios brasileiros, evidenciou que existe uma importante fragilidade na capacidade de identificação de casos por parte dos profissionais das ESF.

Tanaka e Ribeiro (2009), em estudo realizado na cidade de SP sobre a inserção de especialista na APS, mostrou que os pediatras têm baixa capacidade de reconhecer problemas de SM em crianças, apontando como resultado a deficiência na formação.

Estudos realizados em São Paulo, por Figueiredo e Campos (2009), Delfini e colaboradores (2009), Campos e colaboradores (2011), no Ceará, por Morais e Tanaka, Pinto e colaboradores (2012), Quinderé e colaboradores (2013), no Rio de Janeiro, por Minozzo e Costa (2013, 2013), e no Rio Grande do Sul, por Silveira (2012), apontaram deficiência na formação dos profissionais da APS que, frequentemente, consideram-se despreparados para o contato com o SM e, em alguns casos, desconhecem o conceito e/ou a função do AM.

Gerbaldo e colaboradores (2018) publicaram estudo com os resultados da avaliação do PMAQ-AB sobre o cuidado em SM na APS e encontraram que mais de 60% dos profissionais da APS afirmaram se sentir despreparados para acolherem as demandas de SM.

As dificuldades dos profissionais em atender aos portadores de SM geram barreiras para a assistência na ESF, tendo como causas a falta de programas de capacitação, infraestrutura física precária, grande número de famílias, distância de algumas ESF em relação aos serviços de apoio, sobrecarga de trabalho, falta de uma rede estruturada de referência e contrarreferência e falta de apoio de gestores municipais (FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

Ademais, há uma profunda distância entre o que se conquistou com o processo de RPB e o que é veiculado pelas Instituições de Ensino Superior. A formação permanente é indispensável aos gestores, trabalhadores e usuários. As lacunas não preenchidas pela formação básica e permanente acabam por ser mal supridas no âmbito da pós-graduação, impedindo que se constitua um nível realmente avançado de formação que possa efetivar a inserção do cuidado em SM na APS (LOBOSQUE, 2011).

2) Tentativas de Mudança

Revisão da literatura publicada por Gryschek e Pinto (2015) evidenciou várias iniciativas de inserção da SM na APS, como o AM, visita domiciliar e terapia comunitária, entre outros. Porém, a maioria dos estudos afirmou que os processos de trabalho em saúde eram organizados de modo burocratizados e hierarquizados e as práticas de cuidado perpetuavam o saber/fazer de cada profissional envolvido. As equipes não acolhiam e nem se responsabilizam pela demanda. Segundo os autores, esses aspectos evidenciam a falta de formação e capacitação profissional.

Silva Filho e Bezerra (2018), em revisão integrativa, encontraram que existe o acolhimento de SM nas ESF. Contudo, caracterizavam por execução de técnicas e auxílio às práticas medicalizantes, limitando o acolhimento em distribuição de prescrições médicas refeitas e orientação sobre a posologia dos medicamentos prescritos.

Estudo de Angelini e Caccia-Bava (2015), no interior de São Paulo, evidenciou que os profissionais reconhecem a dificuldade de mudar o foco de cuidado da doença para a pessoa, percebem a necessidade de mudança e acreditam que é por meio da ESF que elas viram, mas se sentem impotentes e afirmam que as potencialidades da ESF podem ser ativadas, deveriam fazer mais e ir além.

Barros e colaboradores (2015) indicaram que havia mobilização visando promover assistência fundamentada nos princípios da RP, a partir da formação que privilegia o campo da atenção psicossocial. No entanto, há uma tendência à ruptura do modelo médico-hegemônico, de modo que a prática da SM no território atenda, de fato, aos princípios norteadores do SUS.

Estudos realizados por Moliner e Lopes (2013) em Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Oliveira e colaboradores (2013), em São Paulo e revisão integrativa de Silva Filho e Bezerra (2018) identificaram práticas de acolhimento, escuta, monitoramento dos pacientes, atendimento diferencial, grupos, visita domiciliar e a responsabilização da família. Concluíram que essas práticas não trouxeram as mudanças para uma assistência pautada na integralidade do cuidado, em especial ao usuário que sofre de problemas psíquicos.

Na realidade das práticas de assistência em SM, na APS, ainda se identificam formas mecanicistas de reprodução do cuidado ao portador de sofrimento psíquico (SILVA et al., 2012).

3) Processo de Trabalho em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Minozzo e Costa (2013), em dois estudos realizados na cidade do Rio de Janeiro, indicaram a coexistência dos dois modos de cuidado, asilar e psicossocial, na atenção em

SM promovida pelas ESF.

Estudo realizado por Frateschi e Cardoso (2014) possuía como objetivo identificar o cuidado em SM recebidos pelas EqAB. Os resultados foram positivos para a ESF com vínculo mais evidente entre equipe e usuário. Os resultados foram negativos para a UBS, no qual foram observados um padrão de encaminhamentos dos usuários para serviços especializados e uma desresponsabilização pelo acompanhamento das situações de SM. O estudo comprova que serviços organizados com a ESF apresentam melhores resultados.

Souza e colaboradores (2012) publicaram revisão sistemática envolvendo estudos realizados em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, por Maragno e colaboradores (2006), Bandeira e colaboradores (2007), Fortes; Ribeiro e colaboradores (2008). Esses estudos evidenciaram que a ESF não apresentou melhor resultado que a UBS em relação às práticas de SM desenvolvidas. Os resultados sugerem que apenas ter ESF não melhora, precisa estrutura física, integrada a rede e profissionais com visão ampliada, estruturação de fluxos com escuta, acolhimento para SM.

Souza e colaboradores (2007), em estudo realizado em Terezina, Piauí, relatam que a inserção da assistência a SM na APS é um processo ainda em implementação, em que os profissionais comumente não realizam atividades voltadas especificamente à SM.

Pesquisa realizada na Irlanda por Chan e colaboradores (2011) estudou o impacto de uma consulta multidisciplinar em SM com mães moradoras de regiões pobres. Constatou-se que a intervenção não apresentou qualquer impacto sobre a SM, saúde geral e qualidade de vida das mães. Concluiu-se que estratégias muito pontuais apresentam pouca eficácia e não investem na consolidação dos vínculos e na longitudinalidade do cuidado.

O estudo de Hori e Nascimento (2014) foi realizado em Guarulhos, São Paulo, sobre o Projeto Terapêutico Singular dos NASF. Nesse estudo, encontrou-se que há dificuldades no processo de trabalho dos NASF nas ESF. Há uma indefinição de objeto de trabalho, a precariedade das condições e sobreposição de funções em torno do NASF.

4) Infraestrutura e Recursos Humanos

Aristides e colaboradores (2013), em estudo realizado na cidade de Londrina, Paraná, encontraram a falta de infraestrutura e recursos humanos presentes nos serviços prestados pelas EqAB.

Em revisão sistemática, Silva e colaboradores (2012) encontraram inadequação de área física, falta de recursos humanos, materiais e financeiros, dentre outros. Assim,

levantaram como necessidades para o fortalecimento da PNSM uma urgente adequação dos espaços físicos dos serviços.

5) Rede Desestruturada e suas Causas

Bezerra e colaboradores (2014), em estudo realizado no interior de Fortaleza, Ceará, evidenciaram a prática da medicamentação dos problemas de SM apresentados pela população, devido às dificuldades desses pacientes para terem acesso ao CAPS.

Estudo realizado em Campinas, São Paulo, com o objetivo de identificar as formas de as ESF se relacionarem com o CAPS, encontrou resultados distintos. No Grupo II, a relação CAPS/UBS se manteve centrada no encaminhamento. O Grupo I apresentou uma parceria mais estruturada e frequente com o CAPS com a corresponsabilização do caso. Os autores concluíram que a ESF necessita se estruturar para receber o AM; caso contrário, tem-se o dispositivo, mas a mudança não ocorre (CAMPOS et al., 2012).

Fernandes e colaboradores (2014), em estudo realizado em Lisboa-Portugal, encontraram como resultados a deficiência de articulação com os serviços de SM pela falta de acessibilidade, comunicação unidirecional e atraso na resposta.

De um lado, as equipes da APS querem delegar aos especialistas; de outro, os profissionais de SM pressionam para que a APS assuma os casos de saúde mental (ao menos os casos leves). Essa divisão acaba por prejudicar o próprio usuário, que não vê na rede de cuidados o lugar para seu sofrimento (CAMPOS, et al., 2011).

Fradeschi e Cardoso (2016) publicaram revisão sistemática evidenciando a fragilidade do sistema de saúde, que ainda mantém uma organização hierárquica e uma dinâmica de comunicação pautada em protocolos de saúde. Assim, afirmaram ser essa uma dificuldade para a articulação entre APS e os serviços especializados no Brasil e em regiões dos EUA.

Estudo realizado na cidade de Salvador, Bahia, destacou a falta de dispositivos preconizados pela RAPS com uma dependência ao hospital psiquiátrico, o que contraria o processo de RPB. O estudo apontou para a necessidade de ações de gestão que possam promover a articulação da rede, já que foi constatado que a RAPS estudada se caracteriza por elos frágeis e pela institucionalização do cuidado no CAPS (MEDRADO et al., 2018).

Estudo de Souza (2016) buscou descrever a magnitude da ocorrência de registro DM na APS em municípios brasileiros, identificando que a RAPS tem 30,9% de CAPS e o registro de DM apenas 0,8%. Os resultados sugerem fragilidade da articulação da SM e

programas públicos de APS, haja vista que menos de 1% dos municípios incluídos apresentaram registro de DM.

3.5.3.2 Experiências de Enfrentamento

Os estudos evidenciaram experiências de enfrentamento para inserção das ações de SM na APS relacionadas com AM, trabalho em rede, diversidade de práticas e participação social. Assim, apontaram as possibilidades de efetivação para o cuidado continuado na APS e efetivação das diretrizes da PNSM.

1) Apoio Matricial

No Brasil, experiências exitosas vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da APS mediante a inclusão de assistência à SM na AB por meio do matriciamento. Entretanto, muito ainda precisa ser implementado para avançarmos na perspectiva da construção da RAPS mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica da territorialização, corresponsabilização e da integralidade das práticas em SM. (CORREIA, BARROS, COLVERO, 2011).

A revisão sistemática sobre o AM, publicada em 2013, por Machado e Camatta, apontou os resultados potencializadores do AM: construção coletiva de saberes e melhor comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores, melhor e maior conhecimento a respeito do tema SM e aumento na corresponsabilização.

Estudos realizados por Escudeiro e Souza (2009), Campos e colaboradores (2011), Prates (2012), por Chiavagatti e colaboradores (2012), por Quinderé e colaboradores (2013) apontaram o AM como oportunidade de ampliação do olhar sobre as demandas em SM, contribuindo para identificação e acolhimento dos casos pelas equipes da APS.

Pesquisa realizada em Belo Horizonte, Minas Gerais, por Oliveira e colaboradores (2006), sobre a continuidade do cuidado em SM, apontou para existência de uma boa continuidade longitudinal do cuidado em SM.

Experiência realizada na cidade de São Paulo mostrou que, por meio do AM, pode ser alcançada a necessária reorganização dos serviços para acolher a demanda e efetivar uma atenção em SM de qualidade. Esse modo de operar, ao integrar ESF e UBS, permitiu a construção compartilhada do cuidado em saúde (PRATES; GARCIA; MORENO, 2013).

Dantas e Passos (2018), em estudo realizado no município de Belo Horizonte,

Minas Gerais evidenciaram a discussão dos casos de SM para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O resultado do estudo mostrou a potência do AM em propiciar momento de encontro entre as ESF, facilitando a integração.

O matriciamento é uma ferramenta que possibilita a ampliação do olhar dos profissionais, permitindo a construção do projeto terapêutico, com a resolução de casos clínicos de SM na própria APS (FRATESCHI; CARDOSO, 2016), a responsabilização da ESF pelo caso, a inserção do usuário e familiares no processo, evitando encaminhamentos desnecessários.

2) Trabalho em Rede

Estudo desenvolvido em Vermont, Estados Unidos da América, por Kessler (2012), sobre a parceria da APS com os serviços especializados em SM, evidenciou que as taxas de adesão e continuidade ao tratamento nestes serviços superaram as taxas encontradas na literatura mundial.

A revisão sistemática publicada por Correia e colaboradores (2011) evidencia que o engajamento dos trabalhadores das ESF com a SM tem resultado em experiências bem sucedidas em diversas partes do Brasil. A articulação da SM com a APS evidencia que mais de 56% das ESF realiza ações de SM para enfrentar esses agravos.

Estudo desenvolvido no Rio de Janeiro por Minozzo e Costa (2013) sobre a integração do CAPS com a ESF evidenciou a presença do acolhimento, escuta e avaliação clínica, mesmo em situações de crise. Os autores fazem importantes considerações sobre os encaminhamentos das situações de crise e discussão dos casos a partir do AM. Contudo, ressaltam uma necessidade em desmistificar crise e capacitação para definir.

Frateschi e Cardoso (2016), em revisão de literatura, evidenciaram o estudo realizado em Betim, Minas Gerais, que enfatizou parcerias entre a APS e outros equipamentos sociais por meio de ações intersetoriais.

Estudo de Petersen e colaboradores (2011), na África do Sul e Uganda, descreveu e avaliou a implantação de um amplo sistema de integração dos cuidados primários na APS. O sistema compreendia: reorientação dos gestores para maior sensibilização sobre o tema; realização de fóruns multissetoriais com profissionais e usuários para mobilização de recursos; busca ativa realizada por agentes de saúde por meio de visitas domiciliares; realização de grupos de autoajuda a partir das necessidades da população. Avaliou-se que a meta proposta fora alcançada e que o sistema se mostrou potente para o preenchimento da lacuna do cuidado em SM nos países de baixa e média renda.

Sarvet e colaboradores (2011), em Massachusetts, Estados Unidos da América, evidenciaram a experiência do contato telefônico entre pediatras da APS e especialistas em SM, cuja função era supervisionar o atendimento, evitando encaminhamentos e medicalização desnecessária. Os resultados do estudo permitiram afirmar que as consultas por telefone construíram relações de colaboração sólidas e aumento da capacidade dos cuidados primários pediátricos em atender às necessidades das crianças com problemas de SM na APS.

Estudo realizado na Finlândia, por Laukkanen e colaboradores (2010), evidenciou a prática denominada “*SCREEN*”, com sessões de psicoterapia realizadas por uma equipe de profissionais entre os níveis primário e secundário. Os resultados indicaram uma melhora significativa na capacidade dos profissionais da APS para atender às necessidades dos portadores de sofrimento mental e apontaram para a potência contida no compartilhamento dos saberes das diferentes áreas.

Estudo desenvolvido na Austrália, por Perkins e colaboradores (2010), mostrou a experiência de implantação de um serviço de cuidados primários no contexto de uma comunidade rural, onde já havia um serviço de SM. Os autores evidenciaram como resultado a redução significativa dos encaminhamentos para serviços especializados, uma vez que o clínico geral passou a ser o profissional de referência para os usuários da SM. Os pesquisadores concluíram que essa prática foi efetiva e resolutiva, contribuindo positivamente para a integração da assistência à SM na APS.

Em revisão sistemática, Frateschi e Cardoso (2016) evidenciaram o estudo desenvolvido na Inglaterra por Byng e colaboradores (2010). Os resultados apontam para a possibilidade de discussão conjunta dos casos serem a principal faceta da articulação entre os serviços, associando a melhoria dos atendimentos de SM realizados na APS à possibilidade de compartilhamento de saberes e responsabilidades entre os diferentes profissionais e serviços.

Estudo desenvolvido na cidade de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, com o objetivo de conhecer os limites e desafios da implantação da RAPS, evidenciou que a implantação da RAPS consolida e potencializa a rede de saúde e a intersectorialidade. Percebe-se que a RAPS é construída pelo modelo psicossocial, uma vez que é um passo importante para o caminho da RPB, reforçando a corresponsabilização entre os serviços, a clínica ampliada e a integralidade (PERES, et al., 2018).

Dantas e Passos (2018) evidenciam dados importantes sobre o trabalho em rede no município de Belo Horizonte que, atualmente, conta com 148 UBS distribuídas entre

nove distritos regionais de saúde. As Equipes de SM que apoiam essas unidades são formadas por psicólogo, psiquiatra e assistente social; essas equipes realizam o papel que o NASF desenvolve no restante do Brasil. As ESM atuam em forma de rede de serviços e são responsáveis por apoiar matricialmente as ESF no tocante às questões da SM.

3) Diversidade de Práticas

Uma revisão sistemática publicada por Correia e colaboradores (2011) mostrou que, em estudos desenvolvidos na cidade de Salvador, Bahia, a Internação Domiciliar pela ESF é uma realidade possível para integrar as ações de SM na APS. Em Ribeirão Preto, São Paulo, as visitas domiciliares aparecem no sentido de se dificultar a internação psiquiátrica através do acompanhamento dos egressos, orientações aos familiares e esforços para evitar a medicalização do sofrimento psíquico. Em estudo desenvolvido na cidade de Cuiabá, Mato Grosso, o grupo terapêutico aparece como forma de integrar a SM na APS.

Frateschi e Cardoso (2016) evidenciaram um estudo realizado no interior de São Paulo, que apontou as visitas domiciliares e a escuta qualificada como facilitadoras do processo de identificação e acolhida das necessidades dos usuários com sofrimento psíquico.

Estudos desenvolvidos em São Paulo e Rio Grande do Norte (2010), na Região Sul do Brasil (2011) e no Rio Grande do Sul e Paraíba (2012) evidenciaram as práticas grupais como terapia comunitária, grupos de SM e oficinas. Destacou-se a potência contida na possibilidade das pessoas compartilharem as situações vivenciadas, indicando que o fortalecimento dos vínculos e laços de confiança entre os usuários e destes com os serviços podem constituir importantes ferramentas de promoção e preservação da SM.

As ações de SM desenvolvidas na APS determinam as modificações no paradigma da assistência psiquiátrica, determinando a desconstrução do histórico distanciamento entre as práticas psiquiátricas excludentes e a APS. Assim, reorientam o modelo da assistência prestada aos portadores de sofrimento mental com dispositivos comunitários e se configuram como uma realidade para implementação da PNSM (CORREIA et al., 2011).

A revisão sistemática de Souza e colaboradores (2012) mostrou o trabalho desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, com percepções positivas de profissionais sobre um treinamento para atenção a alcoolistas. Dentre os efeitos do treinamento, estiveram a diminuição de estereótipos e preconceitos e a adoção de estratégias preventivas e adaptadas ao universo psicossocial do usuário.

Ações estratégicas mais dialógicas e/ou coletivas, enfatizando recursos psicossociais, além das estratégias tradicionais para cuidar dos portadores de sofrimento mental, foram encontradas nos estudos realizados em Brasilândia, Distrito Federal, na capital de São Paulo, em 23 cidades do sul de Minas Gerais, Maringá, Paraná, Natal, Rio Grande do Norte, e Córdoba, Espanha. Contudo, não encontraram ações mais amplas que transcendessem o modelo de intervenção centrado na remissão dos sintomas (FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

Estudo desenvolvido na cidade de São Paulo, por Delfini e colaboradores (2009), apontou as estratégias de reuniões de equipe, nas quais há capacitação, discussão de casos, acolhimento e elaboração de projetos terapêuticos.

Frateschi e Cardoso (2016), em revisão integrativa, evidenciaram os estudos desenvolvidos no Canadá e Holanda (2013), que apresentaram o trabalho em equipe com profissionais de diferentes especialidades como uma abordagem promissora que pode proporcionar melhores resultados para a SM na APS.

Estudo realizado na cidade de Londrina, Paraná, por Aristides e colaboradores (2013), evidenciou a prática de dispensação e administração de psicotrópicos na ESF. Os resultados apontam uma significativa autonomia e mudança na vida dos usuários, com melhora na adesão e aumento do vínculo com a ESF. Contudo, permearam-se falas de alienação e negação sobre a assistência prestada.

Também, no município de Belo Horizonte, ocorre uma experiência voltada ações de SM desenvolvidas no âmbito da APS. A aprovação da Lei 11.138, de 23 de Outubro de 2018, institui o mês de janeiro como dedicado à realização de campanha e de ações educativas para a promoção e a difusão da SM. São promovidas durante todo o mês palestras, seminários e cursos, em parceria com as EqAB e demais entidades públicas e civis do município (DOU BH, 2018).

4) Participação Social

Estudo de Mielke e colaboradores (2012), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, ao pesquisarem a participação do Conselho Local de Saúde na discussão sobre a inclusão das ações de SM na ESF, apontou esse dispositivo como um importante instrumento para ampliar a discussão sobre a inclusão das ações de SM na APS, fortalecendo o tensionamento dessa questão específica e visualizando novas formas de cuidado em SM.

No estudo de revisão realizado por Frateschi e Cardoso (2016), foi evidenciado um estudo realizado na cidade de São Paulo, que destacou as atividades grupais como

recurso de reinserção e fortalecimento dos usuários e seus familiares.

Os ACS se apropriaram de noções importantes da RPB e passaram a desenvolver suas ações com a ênfase na importância das interações sociais para a reabilitação psicossocial. Essas práticas dirigidas à promoção de saúde englobam a construção de vínculos, ênfase em dispositivos comunitários e o apoio à família (SOUZA et al., 2012).

Revisão sistemática de Frateschi e Cardoso (2014) evidenciou o potencial do usuário para participar dos processos de decisão acerca de sua saúde, bem como avaliar o serviço de saúde que ele frequenta e o cuidado que recebe por parte dos profissionais.

Teixeira e colaboradores (2014), em estudo de avaliação do PMAQ-AB, evidenciaram o Conselho Local de Saúde presente em cerca de 60% da EAB. Contudo, lembram que apenas a existências dos conselhos não garante a efetiva participação social nem revela a qualidade dessa participação em direção a uma prática democrática.

Moura e Passos (2012), ao evidenciarem a importância da comemoração do desfile do dia 18 de maio na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, constaram que o processo de construção do desfile traz contribuições em todas as dimensões da RPB, funciona como importante espaço de reflexão e pode ser considerado como desdobramento fundamental do Movimento da Luta Antimanicomial. O estudo também reafirma a importância do envolvimento da sociedade para o processo de reforma e retoma os princípios do Movimento da Luta Antimanicomial como bases sólidas para efetivação concreta da RPB.

Este conjunto de desafios e experiências significativas de inserção da SM na APS, oriundos da literatura, indica que a inserção de ações de SM na APS constitui um amplo campo de possibilidades e de questões complexas. O estudo a seguir busca contribuir para a compreensão de como está a inserção da SM na APS no país.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Verificar a contribuição da estruturação da APS segundo seus atributos essenciais para a qualidade da assistência SM pelas equipes.

4.2 Objetivos específicos

- Criar uma tipologia de estruturação da APS a partir dos seus atributos essenciais e atributo geral da APS;
- Confeccionar uma tipologia para qualidade da assistência das equipes da APS na área da

SM;

- Identificar se existe associação entre a qualidade da assistência na área da SM e a estruturação da APS a partir do atributo geral APS;
- Verificar como cada atributo essencial da APS contribui para uma melhorada qualidade da assistência prestada na área da SM;
- Conhecer a atenção na área da SM das equipes com melhor estruturação da APS e com qualidade melhor no cuidado;
- Compreender a assistência em SM de equipes com melhor estruturação da APS segundo seus atributos essenciais.

5. MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo misto exploratório, com duas fases distintas, sequenciais e que se comunicam, em que os dados quantitativos da fase I norteiam os dados qualitativos da fase II. A primeira fase quantitativa, foi desenvolvida por meio de análises de variáveis do banco de dados do PMAQ-AB e a segunda fase qualitativa, foi realizada por meio de entrevistas individuais com gestores e realização de grupos de discussão com profissionais das EqAB. Essas duas fases serão descritas a seguir.

Na pesquisa mista, a abordagem tem um sentido de integrar os métodos quantitativos e qualitativos com a intenção de maximizar a quantidade de informações incorporadas ao desenho de pesquisa, favorecendo o seu aprimoramento e elevando a qualidade das conclusões do trabalho (PARANHOS et al., 2016) e ainda que esta combinação proporcione um maior entendimento de fenômenos complexos que não se obteria com a utilização de apenas uma das abordagens utilizadas isoladamente (CRESWELL; CLARK, 2012).

O delineamento misto pode ser simultâneo ou consecutivo. Nesse estudo, optou-se pela abordagem consecutiva em que a fase quantitativa antecede e orienta o aprofundamento dos dados na fase qualitativa. Assim, os dados que foram encontrados e processados na fase inicial orientaram o aprofundamento na coleta e análise dos dados qualitativos (SANTOS et al., 2017; DAL- FARRA; LOPES, 2013). O objetivo para utilização desta abordagem é a busca de uma complementariedade entre os métodos, utilizando uma integração e incorporação dos dados com a produção de informações que se apoiam mutuamente (SANTOS et al., 2017).

5.1 Estudo Quantitativo (Primeira Fase)

A fase inicial desta pesquisa foi conduzida por meio de um estudo quantitativo, utilizando dados do PMAQ-AB.

5.1.2 Tipo do Estudo

Foi realizado um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa, que utilizou dados secundários, obtidos do 2º ciclo do PMAQ-AB, coletados na fase de avaliação externa durante os anos de 2013 e 2014 pelo MS, em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior em todo país.

5.1.3 Instrumento de Coleta e Plano Amostral

Foi utilizado para o estudo o banco de dados do 2º ciclo do PMAQ-AB da fase da avaliação externa, envolvendo todas as equipes de AB do país que participaram do programa.

O instrumento utilizado para o estudo foi o banco de dados nacional do 2º ciclo do PMAQ-AB. Foram utilizados somente os dados coletados na fase da avaliação externa.

Foi utilizado o instrumento de coleta do módulo II – entrevista com profissional da EqAB e verificação de documentos na unidade de saúde, com subdimensões relacionadas à valorização do trabalhador, acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho.

O instrumento de coleta de dados do PMAQ-AB utilizou os dados de 31.587 EqAB, distribuídas em todas as regiões do Brasil. Contudo, para este estudo, foram excluídas as equipes: A) desclassificadas (que não passaram pela avaliação externa) (n = 713); B) insatisfatórias (que não cumpriram com os compromissos assumidos na contratualização) (n = 353); C) Que obtiveram nota zero (n= 743). Portanto, foram incluídas no estudo as 29.778 EqAB participantes do programa que tiveram seus dados pontuados e, assim, foram classificadas pelo instrumento.

5.1.4 Organização e Seleção das Variáveis

A seleção das variáveis contou com um processo organizado em duas etapas. Na primeira, foi confeccionada uma planilha consensualizada relativa aos atributos da APS e uma planilha envolvendo variáveis do PMAQ-AB relacionadas com SM. Na segunda etapa, foram construídas as duas tipologias que serviram de alicerce para as análises posteriores.

Para construção da planilha consensualizada, foi definida a técnica Delphi de consensualização, com o objetivo de identificar a qual atributo essencial da APS cada pergunta do módulo II do PMAQ-AB se relacionava.

5.1.5 Técnica Delphi

A técnica Delphi tem sido utilizada como metodologia para obter informações sobre acontecimentos em diversas áreas, inclusive na área da saúde. Esse método inclui a seleção de um grupo de expertos aos quais se pergunta sua opinião em sucessivas etapas, anônimas, com máxima autonomia de seus participantes. Por ser uma técnica que permite trabalhar com problemas complexos, sua escolha pode ser justificada quando se pretende que um grupo de especialistas e pesquisadores dê sua contribuição para algum problema mais complexo de pesquisa (VENEGAS-MEDINA; ESPRIELLA-GUERRERO, 2015).

Delphi pode ser caracterizado como um método para estruturar o processo de comunicação grupal, de modo a permitir que um grupo de indivíduos, tratados como um todo, possa trabalhar com problemas complexos na busca de um consenso sobre o assunto abordado. Essa metodologia estabelece três condições básicas: o anonimato dos respondentes; a representação estatística da distribuição dos resultados; e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes (ROZADOS, 2015).

Esse método tem duas vantagens: a primeira é que a informação disponível está sempre mais contrastada que aquela da qual dispõe o participante melhor preparado, ou seja, do que a informação do especialista mais versado no tema. A segunda se refere ao número de fatores considerado por um grupo ser maior do que o considerado por uma só pessoa. Essas duas vantagens são essenciais para o enriquecimento da discussão sobre o tema, uma vez que a informação e o conhecimento vertem por diferentes canais que, por sua vez, são redistribuídos a esses mesmos canais, permitindo o repensar e o reopinar sobre o tema. O objetivo desse método ou técnica consiste em uma estratégia metodológica de pesquisa que visa obter o consenso máximo de um grupo de especialistas sobre um determinado tema, quando a unanimidade de opinião não existe em virtude da falta de evidências científicas ou quando há informações contraditórias. Esses especialistas respondem a um questionário estruturado, por meio de “*rounds*” ou rodadas, e os questionários são preenchidos de forma anônima entre o grupo.

Na primeira rodada, os pesquisadores que desejam obter o consenso selecionam os especialistas, referidos como participantes, juízes, especialistas ou entrevistados, que são convidados a fornecer opiniões sobre um assunto específico, com base no conhecimento e experiência, por meio do preenchimento de um questionário avaliador. Essas opiniões são analisadas, revisadas e agrupadas em um novo questionário. A segunda rodada consiste na análise dos juízes sobre os resultados da primeira etapa e no envio de novas respostas e justificativas, com a oportunidade de mudar a sua opinião,

tendo em vista as respostas do grupo. Os resultados são resumidos e avaliados quanto ao grau de consenso. Essa técnica tem como pressuposto básico o fato de que o uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, como julgamento coletivo organizado adequadamente, é melhor que a opinião de um único indivíduo (REVORÊDO et al., 2015).

O questionário é sempre o instrumento utilizado para a coleta de dados adotada pela técnica Delphi; uma forma encontrada para agilizar a aplicação desse método e, conseqüentemente, de se obter, com mais presteza, os dados para a pesquisa é utilizar a internet para o envio dos questionários e a realização das rodadas. Aplicar esse método em ambiente eletrônico permite a eliminação de restrições como uso dos correios, redução do tempo de pesquisa e obtenção rápida das respostas (GIOVINAZZO; FISCHMANN, 2001).

O formato dessa técnica era apenas o Delphi tradicional, geralmente aplicado a tendências e eventos futuros, denominado Delphi de Projeção. Teve, recentemente, seu conceito ampliado para incorporar a busca de novas ideias e estratégias, no sentido de propor políticas organizacionais. Com isso, deixa de se caracterizar unicamente como instrumento de previsão e se torna uma técnica de apoio à decisão e à definição de políticas. Essa nova conformação recebe o nome de Delphi de Política e se caracteriza como uma ferramenta de análise de políticas (REVORÊDO et al.; ROZADOS, 2015).

Neste estudo, optou-se pelo Delphi de política, devido ao objetivo de assegurar que todas as possíveis opções de uma temática tenham sido expostas e consideradas de modo que seu impacto e as conseqüências se tornem estimáveis. Acredita-se que os resultados encontrados possam apontar no sentido de informarem quais os atributos da APS necessitam de uma melhor estruturação e como essa estruturação interfere na produção de ações na área da SM.

A técnica Delphi requer também que participem especialistas da área para fazer a validação. Para isto, foi realizado o levantamento dos nomes dos possíveis juízes, por meio das publicações, pesquisas e projetos em andamento nas diversas instituições do Brasil, sobre a temática da APS (atributos e avaliação). Após levantamentos e contatos com possíveis participantes, obteve-se uma confirmação de participação por quatro especialistas.

5.1.5.1 Processo de Consensualização das Variáveis

Inicialmente, para o preparo do material a ser enviado aos especialistas, foram realizadas leituras exaustivas de todas as perguntas contidas no banco de dados do

módulo II do PMAQ-AB, a fim de produzir um instrumento com perguntas condensadas, abrangendo todas as dimensões e as subdimensões principais do instrumento.

Foram excluídas:

- A) Perguntas iniciais que apenas faziam referência direta à caracterização das equipes de saúde da AB;
- B) Informações sobre o entrevistado, por não serem necessárias nesse estudo;
- C) Perguntas que eram relativas a “há documentos que comprovem?”;
- D) Nenhuma das anteriores, por serem respostas sem necessidade de serem pontuadas.

Com isso, foi possível obter uma planilha final consensada com um total de (202) variáveis, denominada “TABELA DE PERGUNTAS RELACIONADAS AOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS” (Apêndice A).

Assim, essa tabela foi enviada por e-mail para todos os juízes. Estes tiveram um prazo máximo de quinze dias para efetuarem suas considerações e devolução das suas respostas.

Essa primeira rodada de perguntas evidenciou um consenso em apenas vinte e seis (26) variáveis (Quadro 3), sendo 13 para integralidade, 5 para primeiro contato, 1 para coordenação e 7 para não se aplica.

Quadro 3 – Variáveis consensualizadas por atributos na primeira rodada de perguntas

VARIÁVEIS	ATRIBUTOS
• Possui quais processos de formação?	Não se aplica
• Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800?	Não se aplica
• Por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde	Não se aplica
• Qual o instrumento utilizado?	Não se aplica
• Esse apoio foi por indução do PMAQ?	Não se aplica
• A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nessa unidade?	Primeiro Contato
• Na maioria das vezes o encaminhamento da Equipe é realizado através de central de regulação?	Coordenação
• Quais exames são realizados/coletados na unidade?	Integralidade
• A EqAB realiza procedimentos básicos?	Integralidade
• Profissional(is) realiza(m) exame citopatológico	Integralidade
• É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?	Integralidade
• A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose?	Integralidade
• A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase?	Integralidade
• Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?	Primeiro Contato
• Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos?	Integralidade

<ul style="list-style-type: none"> Realiza quais práticas integrativas que não estão contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares 	Integralidade
<ul style="list-style-type: none"> Incentiva e desenvolve na UBS e/ou no território Práticas corporais e Atividades Físicas? 	Integralidade
<ul style="list-style-type: none"> No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam (Atendimento clínico e de Enfermagem) 	Integralidade
<ul style="list-style-type: none"> A equipe de saúde realiza quais atividades de promoção e prevenção? 	Integralidade
<ul style="list-style-type: none"> Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população? 	Primeiro Contato
<ul style="list-style-type: none"> Os Agentes Comunitários de Saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água? 	Primeiro Contato
<ul style="list-style-type: none"> A equipe orienta sobre o uso seguro de agrotóxico a população rural do seu território? 	Primeiro Contato
<ul style="list-style-type: none"> A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários? 	Integralidade
<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais do NASF realizam ações com crianças, adolescentes, adultos e idosos? 	Integralidade

Fonte: elaboração do próprio estudo.

Ressalta-se que houve um baixo percentual de variáveis que obtiveram consenso nessa primeira rodada de perguntas, apenas 26 (12,8%) do total de 202 variáveis contidas na planilha. Assim, ficou evidente a dificuldade dos especialistas em especificar para qual atributo cada variável se referia.

Com as respostas recebidas, foi possível a confecção da planilha denominada “CONSOLIDADO COM TODAS AS RESPOSTAS RECEBIDAS” (Apêndice B). Para a próxima fase, os juízes receberam uma numeração de 1 a 4 de acordo com a ordem das respostas enviadas para o pesquisador na primeira etapa. Dessa forma, foi possível a garantia do anonimato dos avaliadores.

Para a segunda rodada de perguntas, as variáveis consensualizadas foram retiradas, dando um novo formato para a planilha que passou a ser denominada “SEGUNDO ROUND DE RESPOSTAS – não consensualizadas” (Apêndice C).

Cada juiz foi informado de sua numeração, e, ao receber a nova planilha, pôde identificar as suas respostas e comparar com as respostas dos demais juízes. Assim, foram solicitados a marcarem com um X em vermelho a sua nova resposta caso essa necessitasse ser alterada, o que contribuiu para que o processo de consensualização fosse atingido na etapa subsequente. Essa planilha continha a seguinte observação: as respostas consensualizadas no primeiro “round” foram retiradas.

Para Rozados 2015, o consenso é atingido quando a divergência de opinião entre os especialistas reduza-se a um nível considerado satisfatório. Revorêdo e colaboradores (2015) afirmam que um grau aceitável de consenso pode variar entre 50% e 80%.

Ressalta-se, para esse estudo, que, em algumas questões, foi realizado consenso pela maioria, ou seja, quando pelo menos três juízes deram a mesma resposta (75%). Os juízes fizeram suas considerações, alterando ou mantendo suas opiniões, e, ao devolverem suas respostas, foi possível obter uma planilha denominada “CONSENSO FINAL” (Apêndice D).

Desse consenso final, foram excluídas as trinta e duas (32) variáveis, cujo consenso foi atingido na categoria “não se aplica” e, portanto, não faziam parte do objetivo do estudo para identificar a qual atributo a pergunta se relaciona. Com isso, o número final de variáveis consensualizadas foi de 170. O Quadro 4 evidencia que uma maioria significativa de variáveis foram consensualizadas para o atributo integralidade.

Quadro 4 - Distribuição dos atributos por variáveis consensualizadas

ATRIBUTOS	VARIÁVEIS CONSENSUALIZADAS	
	Absoluto (n)	Relativo (%)
Primeiro contato	27	16,0
Longitudinalidade	19	11,0
Integralidade	97	57,0
Coordenação	27	16,0
TOTAL	170	100,0

Fonte: resultados do estudo.

A partir destes processos, foi possível verificar o que predominava na visão dos especialistas e montar uma lista de variáveis consensualizadas considerando os atributos da APS.

Com isso, foi possível criar e mensurar a tipologia estruturação da APS a partir dos seus atributos essenciais.

5.1.6. Tipologia de Estruturação da Atenção Primária à Saúde

Para confecção dessa tipologia, foram excluídas as trinta e seis variáveis da “TABELA DE PERGUNTAS RELACIONADAS AOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS” que faziam referência direta à SM.

Esse procedimento foi extremamente necessário para evitar a sobreposição dos dados em análises de associações subsequentes, garantindo a fidedignidade das informações.

O objetivo principal desse construto foi identificar qual atributo essencial da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) tem mais peso na nota final de certificação das equipes e, conseqüentemente, interfere na sua estruturação.

Devido ao grande número de variáveis para confecção dessa tipologia, optou-se por colocar sua descrição a parte (Apêndice E) estruturação da APS – variáveis utilizadas.

5.1.7 Tipologia de Estruturação da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Para confecção dessa tipologia, foram identificadas, no instrumento de coleta de dados do PMAQ do módulo II, todas as perguntas que se referiam a ações de SM na APS. No Quadro 5, está a lista das perguntas utilizadas para a criação da tipologia em SM.

Quadro 5 – Estruturação da SM na APS – Perguntas utilizadas

DIMENSÕES	PERGUNTAS
AM	<ul style="list-style-type: none"> • A EqAB recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? • A equipe recebe AM do NASF? • A equipe recebe AM do CAPS? • A equipe recebe apoio de Profissionais de outra modalidade?
Acolhimento à Demanda Espontânea	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para Problemas relacionados à SM/sofrimento psíquico?
Organização da Agenda	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe oferta ações para usuários de álcool e outras drogas?
Atenção à Saúde Agendamento de Consultas Especializadas	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe programa oferta de consultas para transtorno mental? • A equipe utiliza protocolo para estratificação de risco de Transtorno Mental? • A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado para transtorno mental? • A equipe mantém registro dos usuários de SM com maior risco, encaminhados para outros pontos de atenção? • A equipe realiza busca ativa em situações de SM? • A equipe realiza busca ativa em situações de Alcool e Drogas?
Integração da RAS: ordenamento e definição de fluxos	<ul style="list-style-type: none"> • Quando há necessidade de encaminhamento para consulta especializada com psiquiatra, qual o tempo de espera?

<p style="text-align: center;">Atenção à Pessoa em Sofrimento Psíquico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico? • Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico? • Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde? <p>A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta específica com tempo maior? • Registro da história de vida? • Oferta de algum tipo de atendimento em grupo? • Atendimento com profissionais de SM (NASF ou outro AM)? • A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico? • A EqAB possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico? • Possui documento que comprove? • A EqAB possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? • Possui documento que comprove? • A equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? • A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral? • Possui documento que comprove? • A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?
<p style="text-align: center;">Promoção da Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de SM no território? • A equipe realiza promoção da saúde para o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas? • A equipe realiza promoção da saúde para o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos?
<p style="text-align: center;">Atividades na Escola</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza ações de promoção e prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas no programa saúde na escola?
<p style="text-align: center;">NASF</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe recebe atendimento do psiquiatra do NASF? • A equipe recebe atendimento do psicólogo do NASF? • O NASF desenvolve atividades de SM com a equipe?

Fonte: elaboração própria.

5.1.8 Tratamento das Variáveis

As variáveis dicotômicas receberam pontuação 1 para cada resposta = sim e 0 para cada resposta = não/não sabe/não se aplica. As variáveis politômicas foram recodificadas em variáveis dicotômicas, para efeito de pontuação, obtendo-se nota = 1 e nota = 0 de acordo com a descrição da resposta dicotomizada.

Foram recodificadas dezoito (18) variáveis politômicas, sendo três na tipologia

“Estruturação da SM na APS” (Apêndice F) e quinze na tipologia “Estruturação da APS” (Apêndice G). Ressalta-se que a descrição das respostas dicotomizadas teve pontos de corte definidos a critério dos pesquisadores. Na descrição da coluna “dicotomizada” dos Anexos F e G, é possível identificar os pontos de cortes utilizados. Esses foram definidos levando- em conta a literatura científica e as práticas cotidianas das UBS.

5.1.9 Análise Estatística

Para as análises, a variável “Estruturação da APS” foi definida como independente e a variável “Estruturação da SM na APS”, como dependente. Assim, ambas tiveram seus índices categorizados em três cenários, por percentis, para expressar a estratificação entre o pior cenário (0 – 32,99%), o médio cenário (33 – 65,99%) e o melhor cenário (66 – 100%), de acordo com a classificação da nota final obtida na conclusão das tipologias. Assim, foi possível a comparação entre as variáveis das duas tipologias e a realização das associações posteriores.

Nas análises descritivas, buscou-se evidenciar, em panorama nacional e regional, a distribuição da: 1) QASM; 2) Estruturação da APS e 3) EAPS segundo os atributos essenciais.

A análise inferencial foi realizada, inicialmente, com intuito de investigar a associação entre estruturação APS e a qualidade da assistência prestada na área da SM. A seguir, verificou-se a associação entre os atributos da APS e qualidade da assistência prestada na área da SM a partir dos distintos níveis. Foram utilizadas regressões logísticas multinomiais.

A magnitude das associações foi representada por *Odds Ratio* (OR), com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e Intervalo de Confiança de 95%. As estimativas de OR e IC 95% de cada variável foram ajustadas para o efeito das demais variáveis estudadas no modelo. O ajuste do modelo múltiplo final foi feito por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. Utilizou-se o programa *IBM SPSS Statistics 20* para realizar todas as análises estatísticas, que foram importadas de planilhas do Excell.

Essas análises foram discutidas no Artigo 1, que será apresentado ao longo dessa dissertação e no capítulo referente aos outros resultados.

Este estudo cumpre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa

envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Registro 28804, aprovado em 30/05/2012.

5.2 Estudo Qualitativo (Segunda Fase)

Os resultados encontrados na fase I (quantitativo) nortearam as discussões da fase II (qualitativo), no sentido de aprofundar as discussões sobre a temática.

Os achados confirmaram a hipótese inicial do estudo de que as equipes participantes do PMAQ-AB que possuem os atributos essenciais da APS melhor estruturados apresentam maiores chances em oferecer uma melhor qualidade da assistência na área da SM.

Assim, o objetivo dessa fase qualitativa foi compreender como os aspectos da organização do processo de trabalho dessas equipes contribuem para melhoria da assistência na área da SM.

5.2.1 Referencial Teórico-Metodológico

Para uma melhor compreensão do objeto a ser pesquisado, optou-se por percorrer um caminho descritivo de abordagem qualitativa. Como método, foi utilizada a etnometodologia para avaliação das narrativas dos sujeitos envolvidos no estudo. Como instrumentos para apropriação dos dados, foram utilizadas entrevistas individuais e grupos de discussão. Esses instrumentos foram complementados por diário ou anotações de campo e conversas informais para confirmação e complementaridade dos dados.

A abordagem qualitativa permite ao pesquisador investigar, no contexto natural, o objeto de estudo em profundidade, conhecendo as particularidades de suas interpretações. Permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante toda a investigação (MINAYO, 2010).

O método etnometodológico busca compreender os fenômenos organizacionais a partir do contexto social prático de um grupo, os sentidos para as atividades do cotidiano e considera que a realidade é construída socialmente por seus membros (BERARDINELLI, GIRON e SANTO; SILVA, et al., 2014).

Godoy e Bispo (2014) afirmam que a etnometodologia se interessa pelo papel criativo desempenhado pelos sujeitos na construção de sua vida cotidiana, correspondendo a

um raciocínio sociológico prático e devota atenção especial aos pormenores dessa construção. Para tanto, apoia-se na tradição teórica segundo a qual os objetos sociais são construídos e ganham sentidos no decurso das interações. Assim, a interação se configura como a ordem negociada, temporária, frágil, que deve ser permanentemente reconstruída a fim de interpretar o mundo.

Esse raciocínio modifica todo o terreno epistemológico, por colocar os fatos sociais e as condições empíricas engendradas como o centro das investigações sociais (RAWLS, 2018).

Segundo a etnometodologia, os membros de um grupo fazem uso naturalizado da linguagem nos cenários cotidianos que compõem o mundo social, o que implica que as atividades práticas e interações sociais ocorrem em um horizonte comum de entendimento. Segundo Guesser (2003), os conceitos básicos mais importantes para a compreensão da etnometodologia são: (a) a prática/realização, (b) a indicialidade, (c) a reflexividade, (d) a relatabilidade, (e) a noção de membro, apresentados a seguir:

a) Prática/realização: os etnometodólogos procuram descobrir no senso comum os verdadeiros sentidos que os atores dão às suas ações e esperam desvendar o raciocínio prático que orienta as ações sociais;

b) Indicialidade: refere-se a expressões empregadas pelos atores sociais nos processos interativos e que possuem significado no momento da interação e no contexto local onde são produzidas;

c) Reflexividade: a propriedade reflexiva dos atores sociais permite que eles expressem as significações de seus atos e de seus pensamentos;

d) Relatabilidade: é uma característica que permite aos atores sociais comunicarem e tornarem as atividades práticas racionais compartilháveis. Não se trata apenas da descrição pura e simples da realidade enquanto pré-constituída, mas de um processo interativo de construção da realidade;

e) Noção de membro: para os etnometodólogos, membro não é apenas um ente que pertence a um determinado grupo, mas, ao contrário, é um ente que compartilha a construção social daquele determinado grupo.

A postura etnometodológica está mais diretamente associada à formulação original de Garfinkel, não descrevendo simplesmente a realidade, mas observando a constituição dessa realidade a partir das práticas cotidianas, especialmente através do uso da linguagem.

Será, a partir desta postura etnometodológica, que os dados qualitativos foram analisados.

Os instrumentos utilizados para apropriação dos dados segundo (Godoy e Bispo 2014; Godoy, 2015) são:

Entrevista: é a técnica mais popular em pesquisas de cunho qualitativo. Apresenta como vantagem fundamental a possibilidade de se obter muitas informações em pouco tempo, na medida em que o pesquisador não precisa esperar o fenômeno pesquisado emergir do campo.

Grupo de discussão: é um grupo criado, convocado em função dos objetivos da pesquisa e controlado pelo pesquisador, com a finalidade de recuperar a participação ativa do sujeito na pesquisa, outorgando-se a liberdade para expressar sua opinião sobre o sentido de suas ações relacionadas à sua vida cotidiana. Assim, o grupo constitui um dispositivo de produção de textos que serve de suporte a discursos e representações sociais.

Diário de campo: é um instrumento de pesquisa que consiste no registro completo e preciso das observações dos fatos concretos, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do profissional/investigador, suas reflexões e comentários. É uma técnica importante no trabalho de campo, em as anotações ali realizadas podem revelar características ordenadas (práticas) quando o pesquisador é treinado para observá-las, assim, as notas de campo possibilitam a preservação dessas características.

5.2.2 Local – Amostragem

A pesquisa foi desenvolvida no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, uma região composta por sete microrregiões de saúde e setenta e quatro municípios. Com uma população aproximada de 990 mil habitantes e uma estimativa de 600 UBS segundo dados do IBGE (2017) e DAB/SAS/MS (2019). Ressalta-se que essa região é subdividida administrativamente em três partes: Alto, Médio e Baixo Jequitinhonha; assim, participaram do estudo dois municípios de cada uma dessas três subdivisões.

Foram incluídos no estudo cinco municípios que possuíam equipes de APS que receberam resultados da certificação externa do PMAQ-AB (muito acima da média e acima da média e regular) identificados na fase quantitativa deste estudo e que aceitaram o convite para participar do estudo, cujos gestores assinaram o TCLE.

Foram excluídos do estudo os municípios que apresentaram desempenho abaixo da média na nota de certificação externa 2º ciclo do PMAQ-AB, bem como aqueles que se negaram a participar da pesquisa. No período da coleta dos dados, dois municípios da região do alto Jequitinhonha não puderam receber o pesquisador. Por isso, foram incluídos dois novos municípios; contudo, no dia da coleta, um deles também não pôde receber o pesquisador e, por isso o estudo contou com apenas um município do

alto Jequitinhonha.

Para delimitação da amostra, foi utilizado o critério de saturação dos dados, ou seja, quando os objetivos do estudo forem atingidos e as respostas se repetiam.

5.2.3 Trabalho de Campo

É definido como o ato de estar dentro do mundo dos sujeitos, possibilitando a coleta dos dados, caracterizando uma etapa fundamental da pesquisa. É essa a forma que a maioria dos investigadores qualitativos utiliza para coletar seus dados, e ser investigador significa interiorizar o objeto da investigação à medida que se recolhem os dados no contexto pesquisado (BOGDAN & BICKLEN, 1994). Ressalta-se que o próprio pesquisador realizou todos os procedimentos metodológicos dessa etapa.

5.2.4 Seleção dos municípios

De posse da lista com os nomes dos municípios elegíveis na etapa quantitativa, foi realizado um mapeamento dos municípios que se encontravam nos critérios de inclusão do estudo. Em seguida, foi realizado um contato telefônico com o gestor de saúde do município sorteado explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a participação no estudo.

A realização da coleta, sistematização e análise dos dados foi de nove meses, no período de abril a dezembro de 2019.

5.2.5 Instrumentos de Coleta

A utilização dos instrumentos de coleta foi da seguinte forma:

Entrevista individual: foi realizada com o gestor de saúde em cada município, por meio de um guia de entrevistas semiestruturada, baseado nos resultados identificados na análise da organização do processo de trabalho das equipes e dos resultados encontrados na fase quantitativa referentes ao grau de estruturação da APS, a partir dos atributos essenciais e a certificação na área da SM. Foi realizada a seguinte pergunta norteadora: “Comente como são organizadas e desenvolvidas as ações de SM pelas equipes da APS em seu município”.

As entrevistas foram agendadas por telefone, confirmadas pessoalmente e realizadas após a leitura e assinatura do TCLE pelo pesquisador e pelo gestor municipal respectivamente. Para a realização das entrevistas, foram adotados os seguintes critérios:

- Ambiente propício à escolha do participante, com garantia do sigilo;
- Horário disponibilizado pelo participante;
- Solicitação de autorização para utilização do gravador;
- Entrevista aberta, individual e em profundidade, a partir da pergunta norteadora, com intervenções, retomando a fala do entrevistado para aprofundamento, quando necessário;
- O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos.

Grupos de Discussão: foram realizados com os profissionais das equipes de APS do município sorteado. Estiveram presentes os profissionais de uma ou mais equipes do município, atendendo ao máximo de 12 e o mínimo de 06 participantes por grupo. O pesquisador conduziu as entrevistas e exerceu a função de moderador. Foi utilizada a seguinte pergunta norteadora: como são organizadas e desenvolvidas as ações de SM por sua equipe.

Os Grupos de Discussão foram agendados com o coordenador da APS, por telefone, confirmados pessoalmente e realizados após a leitura e assinatura do TCLE pelo pesquisador e por cada participante do grupo. Para sua realização, foram adotados os seguintes critérios:

- Ambiente propício, à escolha do coordenador de saúde da APS, com garantia do sigilo;
- Horário definido previamente pelos participantes, sem interferências na agenda da equipe;
- Solicitação de autorização para utilização do gravador;
- Entrevista aberta, individual e em profundidade, a partir da pergunta norteadora, com intervenções, retomando a fala do entrevistado para aprofundamento, quando necessário;
- O tempo médio de duração dos grupos de discussão foi de 1 hora.

Anotações de campo: aconteceu durante todo período em que o pesquisador se fez presente no município (cerca de uma semana), por meio da sua inserção na rotina de trabalho dos profissionais e do registro dos principais eventos e ocorrências que contribuíram para a evidenciação dos fenômenos observados no cotidiano das equipes.

Os procedimentos foram desenvolvidos rigorosamente, da mesma forma, em cada município, o que garantiu a homogeneidade do método e permitiu uma análise mais fidedigna dos discursos produzidos.

5.2.6 Organização e Análise das Entrevistas

As entrevistas e as discussões do grupo foram registradas em gravador digital e transcritas, do áudio para o papel, na íntegra, com o máximo cuidado de se preservar toda a linguagem, inclusive o tom coloquial. Esse processo foi realizado imediatamente após

cada entrevista e com cada grupo, para que não se perder a riqueza de informações e detalhes.

Em seguida, foram realizadas escutas repetitivas dos áudios, bem como leituras exaustivas dos discursos transcritos, no sentido de buscar um sentido para as discursões.

Paralelamente, foram relidas as anotações de campo e os documentos selecionados. Foi nesse exato momento que emergiram as categorias temáticas, ou unidades de sentido, que serviram de base para dialogar com a literatura nacional e internacional, apresentadas nos resultados do estudo.

5.2.7 Considerações e Aspectos éticos

Foi confeccionado o TCLE. Os colaboradores foram informados pessoalmente pelo pesquisador quanto aos objetivos da pesquisa, à sua participação como sujeito, à liberdade de interromper a participação em qualquer fase do estudo e no momento em que julgar necessário, à preservação da sua privacidade, ao sigilo de sua identidade, à confidencialidade das informações prestadas e ao seu direito de acesso aos resultados obtidos pela pesquisa.

O sigilo e o anonimato dos participantes foram mantidos com a não evidenciação dos seus nomes. Foi apresentada, a cada gestor, coordenador da APS e trabalhadores das equipes de APS, uma lista com os nomes de pedras preciosas encontradas na região para que eles escolham qual o melhor nome para se identificarem. Os nomes dos municípios foram substituídos pela numeração de 01 a 05 de acordo com a ordem de realização das entrevistas e grupos de discussão.

Este estudo obedece as normas do Conselho Nacional de Saúde, conforme Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com Parecer nº 28804.

6. ARTIGO 1

O artigo foi submetido e aceito pela revista Revista de Saúde Pública (RSP) da USP, Qualis A2 em saúde coletiva.

Título Completo

ESTRUTURAÇÃO DA APS CONSIDERANDO SEUS ATRIBUTOS ESSENCIAIS E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL: um estudo a partir do PMAQ-AB

Título Resumido

Por que a Qualidade da Assistência em Saúde Mental não acompanha a Estruturação da

APS?

Autores

Antonio Moacir de Jesus Lima¹; Eli Iola Gurgel Andrade², Antonio Thomaz Gonzaga da Mattado³, Alaneir de Fátima dos Santos⁴

1. Doutorado do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG.

2,3,4. Professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

6.1 Resumo

A inserção da saúde mental na atenção primária está em curso no país. O estudo teve como objetivo verificar se as equipes de atenção primária no Brasil que possuem os atributos da Atenção Primária à Saúde melhor estruturadas conseguem oferecer um bom atendimento em Saúde Mental. Realizado estudo transversal a partir dos dados do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, referentes as 29.778 Equipes de Atenção Básica que foram avaliadas pelo programa. Os dados foram coletados na fase de avaliação externa de 2013 a 2014. Foram criadas duas tipologias: Qualidade da assistência em saúde mental (variável dependente) e estruturação da Atenção Primária à Saúde segundo seus atributos essenciais (variável independente). Para a tipologia de estruturação da Atenção Primária à Saúde segundo os atributos, utilizou-se a técnica Delphi para a consensualização quanto às perguntas que seriam utilizadas para compor cada atributo. As variáveis utilizadas foram referendadas por quatro especialistas. Para a tipologia de qualidade do cuidado em Saúde Mental foram identificadas as perguntas relativas a este conteúdo. Foram realizados somatórios das perguntas para a categorização dos índices. A seguir, por meio de análises de regressão logística multinomial, buscou-se a associação entre as duas tipologias e, posteriormente, identificou-se qual atributo mais contribuía na qualidade da atenção em saúde mental. Quase um terço (29,2%) das equipes encontra-se em um nível ruim de estruturação da qualidade de assistência em Saúde Mental, com a maioria das equipes situando-se no nível médio. Somente (18,7%) das equipes se situam no nível alto. Para a estruturação da Atenção Primária à Saúde há um pequeno número de equipes (7,5%) no nível baixo de estruturação, (5,93%) no nível alto e a maioria (86,52%) também se situa no nível médio. As diferenças regionais são mantidas tanto para estruturação da Atenção Primária à Saúde, quanto para qualidade da assistência à Saúde Mental, com os melhores índices nas regiões Sul e Sudeste e os piores nas regiões Norte e Centro-Oeste. A contribuição dos atributos para a estruturação da qualidade da assistência à Saúde Mental é diferente no melhor e no pior cenário. A Integralidade é o atributo que mais contribui no melhor cenário e o atributo

Coordenação no pior cenário. As associações foram positivas para todos os atributos. O resultado para o atributo Geral-APS (somatório dos atributos essenciais) evidenciou uma chance de 14,7 vezes mais de produzir uma melhor qualidade da assistência em saúde mental quando a Atenção Primária à Saúde está estruturada. Possuir alto nível de Integralidade está associado a ter também alto nível de qualidade da assistência em saúde mental (OR: 3,21). Conclui-se que há um predomínio de baixos níveis da qualidade da assistência na área da saúde mental, evidenciando a necessidade de ações integradas e coordenadas para esta área na Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

6.2 Abstract

The insertion of mental health in primary care is ongoing in the country. The study aimed to verify if the primary care teams in Brazil that have the attributes of Primary Health Care better structured can offer a good care in Mental Health. A cross-sectional study was carried out based on data from the 2nd cycle of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care, referring to the 29,778 Primary Care Teams that were evaluated by the program. Data were collected during the external evaluation phase from 2013 to 2014. Two typologies were created: Quality of care in mental health (dependent variable) and structuring of Primary Health Care according to its essential attributes (independent variable). For the typology of structuring Primary Health Care according to the attributes, the Delphi technique was used to consensualize the questions that would be used to compose each attribute. The variables used were countersigned by four specialists. For the typology of quality of care in Mental Health, the questions related to this content were identified. Summations of the questions for the categorization of the indices were performed. Then, through multinomial logistic regression analyzes, the association between the two types was sought and later, it was identified which attribute most contributed to the quality of mental health care. Almost a third (29.2%) of the teams is at a poor level of structuring the quality of care in Mental Health, with most teams standing at the middle level. Only (18.7%) of the teams are at the high level. For the structuring of Primary Health Care, there are a small number of teams (7.5%) at the low level of structuring, (5.93%) at the high level and the majority (86.52%) are also at the average level. Regional differences are maintained both for the structuring of Primary Health Care and for the quality of Mental Health care, with the best indexes in the South and Southeast regions and the worst in the North and Central West regions. The contribution of attributes to structuring the quality of Mental Health care is different in the best and worst case

scenarios. Integrality is the attribute that contributes most in the best scenario and the attribute Coordination in the worst case scenario. The associations were positive for all attributes. The result for the Overall-APS attribute (sum of the essential attributes) showed a 14.7-fold chance of producing a better quality of mental health care when Primary Health Care is structured. Having a high level of Integrality is associated with having a high level of quality of mental health care (OR: 3.21). It is concluded that there is a predominance of low levels of quality of care in the area of mental health, evidencing the need for integrated and coordinated actions for this area in Primary Health Care in Brazil.

Key-words: Mental Health. Primary Health Care. Health Evaluation.

6.3 Introdução

Os transtornos mentais são responsáveis por elevada carga de doença no mundo. Estudo¹ realizado sobre a situação nas Américas indica que a prevalência de transtornos mentais foi de 17,0%; na América do Norte, 22,5% e na América Latina, 14,8%. No Brasil, estima-se uma prevalência de 29,5%, sendo a ansiedade 19,9% e os transtornos de humor 11,0% os mais prevalentes, seguidos pelos transtornos de controle de impulso 4,2% e decorrentes do uso de substâncias psicoativas 3,6%. Estudo² sobre a carga global de doenças afirma que os transtornos mentais e de uso de substâncias psicoativas no Brasil passaram da sexta para a terceira posição entre 1990 e 2015.

A triagem para detecção e tratamento precoce de transtornos mentais e de uso de substâncias psicoativas no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) pode melhorar a qualidade de vida, ajudar a conter os custos em assistência à saúde e reduzir significativamente as complicações e comorbidades médicas³. Assim, a Saúde Mental (SM) deve ser entendida como um campo de intervenção prioritário para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois essas têm potencialidade de atuar não só na unidade de saúde, mas também no espaço social onde a comunidade vive e circula.

Diversos aspectos são mencionados quanto à dificuldade para a inserção da SM na APS. No aspecto da formação profissional, estudo de revisão sistemática afirma que os trabalhadores desenvolviam suas ações pautadas no modelo biológico, com intervenções centradas na consulta clínica, medicalização e diagnóstico, visando apenas à remissão dos sintomas⁴. Outros estudos reforçam essa percepção e apontam para a ausência de corresponsabilização com encaminhamentos desnecessários e uma importante fragilidade na capacidade de identificação de casos por parte dos profissionais da ESF^{5,6}. Mais recentemente, estudo com os resultados da avaliação do Programa de Melhoria do Acesso

e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) sobre o cuidado em SM na APS, encontrou que mais de 60% dos profissionais da APS afirmaram sentir-se despreparados para acolherem as demandas de SM⁷.

Aspectos vinculados ao processo de trabalho das equipes constituem um empecilho para a inserção da SM na APS. Apesar de algumas práticas serem inovadoras, não trouxeram as mudanças necessárias e ainda se identificam formas mecanicistas de reprodução do cuidado para as pessoas com sofrimento psíquico⁸. Contudo, a inserção da assistência em SM na APS é um processo que ainda se encontra em implementação e por isso, necessita de uma ampliação do acesso por meio da melhoria da assistência⁵.

Também aspectos referentes à infraestrutura das unidades e de recursos humanos, assim como uma rede de atenção desestruturada, dificultam a inserção de SM na APS. No que se refere à estruturação de rede, estudo de revisão sistemática evidenciou a fragilidade do sistema de saúde que ainda mantém uma organização hierárquica e uma dinâmica de comunicação pautada em protocolos de saúde⁹. Estudo realizado na cidade de Salvador destacou a falta de dispositivos preconizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apontando a necessidade de ações de gestão que possam promover a articulação da rede, uma vez que a RAPS estudada se caracteriza por elos frágeis e pela institucionalização do cuidado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁰. Também estudo realizado no interior de Fortaleza evidenciou a prática da medicalização dos problemas de SM apresentados pela população, devido às dificuldades desses pacientes para terem acesso ao CAPS¹¹.

No entanto, apesar das dificuldades, revisão sistemática evidencia que o engajamento dos trabalhadores da ESF com a SM tem resultado em experiências bem sucedidas em diversas partes do Brasil e constatou-se que a articulação da SM com a APS avança, com mais de 56% das equipes realizando ações de SM¹².

Estudos evidenciaram experiências para inserção das ações de SM na APS relacionadas com AM, trabalho em rede, diversidade de práticas e participação social. O matriciamento poderia aumentar a resolutividade e a efetividade das ações da ESF, com a atuação conjunta entre especialistas e profissionais das equipes no território. Revisão sistemática sobre o AM^{13,14} apontou resultados potencializadores: construção coletiva de saberes e melhor comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores; melhor e maior conhecimento a respeito do tema SM; aumento na corresponsabilização, contribuindo para identificação e acolhimento dos casos pelas equipes da APS e para a construção de projetos terapêuticos singulares.

Outras formas de enfrentamento também estão em curso^{9,12}: em Salvador, a

Internação Domiciliar pelas equipes da ESF é uma realidade possível para integrar as ações de SM na APS; em Ribeirão Preto, as Visitas Domiciliares contribuem para postergar a internação psiquiátrica por meio do acompanhamento dos egressos, orientações aos familiares e esforços para evitar a medicalização do sofrimento psíquico.

As ações de SM desenvolvidas na APS contribuem para as transformações no paradigma da assistência psiquiátrica, determinando a desconstrução do histórico distanciamento entre as práticas psiquiátricas excludentes e a APS. Assim, reorientam o modelo da assistência prestada aos portadores de sofrimento mental com dispositivos comunitários e se configuram como uma realidade para implementação da Política Nacional de Saúde Mental¹².

Este conjunto de desafios e experiências significativas de inserção da SM na APS, oriundos da literatura, indicam que a inserção de ações de SM na APS constitui um amplo campo de possibilidades e de complexas questões. O estudo a seguir busca contribuir para avaliar a inserção da SM na APS no Brasil e objetivou analisar se equipes de atenção básica que apresentam atributos da APS melhor estruturados conseguem oferecer uma melhor assistência na área da Saúde Mental.

6.4 Métodos

Estudo transversal realizado a partir dos dados do 2º ciclo do PMAQ-AB, ocorrido nos anos de 2013 e 2014, envolvendo 31.587 Equipe de Atenção Básica (EqAB), de todas as regiões do país. Para esse estudo, foram utilizados os dados contidos no módulo II referente à avaliação externa – relacionado ao processo de trabalho das equipes, em que as perguntas são respondidas pelo coordenador. O questionário contém 750 perguntas. A coleta de dados foi coordenada por um grupo de pesquisadores de universidades e instituições de pesquisa responsáveis pela avaliação externa do PMAQ-AB, que treinou e acompanhou os entrevistadores de campo e supervisores da coleta de dados.

Fizeram parte do estudo 31.587 EqAB. No entanto, foram excluídas 1809 equipes, por motivos diversos: 713 EqAB não participaram de todo o ciclo de avaliação; 353 não cumpriram os compromissos assumidos na contratualização e 743 obtiveram nota zero. O universo final analisado contemplou 29.778 EqAB.

Foram elaboradas duas tipologias: Estruturação da APS, a partir dos seus atributos essenciais (variável independente) e Qualidade da Assistência prestada na área da Saúde Mental (variável dependente). Para a primeira, utilizou-se a técnica Delphi para a consensualização quanto às perguntas da avaliação externa do PMAQ que poderiam ser utilizadas para compor cada atributo. Todos os itens do questionário foram condensados em duzentas e cinco (205) perguntas e assim foram enviadas para os cinco pesquisadores

com titulação de doutorado em Saúde Coletiva, autores de publicações em periódicos de referência nacional para o tema, vinculados às Instituições de Ensino Superior em diferentes Estados e que se dispuseram em colaborar com a pesquisa. O objetivo esperado de tais juízes era indicar a qual atributo cada pergunta se referia. Foram excluídas 70 perguntas: 35 que os juízes definiram como “não se aplica” e 35 que faziam referência à SM, para evitar colinearidade. Assim, foi possível construir um consenso, após várias rodadas, permitindo isoladamente a avaliação de cada um dos quatro atributos essenciais da APS.

A **figura 4** expressa de forma sintética a relação de cada Atributo Essencial da APS com os conteúdos das questões utilizadas no PMAQ-AB, de acordo com o consenso definido pelos especialistas.

Atributo Essencial	Conteúdo condensado das questões utilizadas no PMAQ
Primeiro Contato	<ul style="list-style-type: none"> - Estruturação da área de abrangência da Equipe; - Atendimento da demanda espontânea; - Visitas domiciliares; - Atividades relativas ao agendamento de consultas; - Acolhimento e Tempo de espera na unidade; - Organização da Agenda; - Atenção às comunidades tradicionais; assentados; população rural; - Existência de transporte.
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo do Telessaúde; - Prontuários; - Formulários e registro das ações realizadas; - Satisfação do usuário; - Canais de comunicação com a população; - Controle Social.
Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> - Educação Permanente e capacitações; - Atividades de planejamento; - Disponibilidade de informações; - Apoio institucional; - Execução das atividades planejadas; - Articulação do trabalho com as possibilidades locais; - Estrutura, insumos e instrumentalização das ações; - Encaminhamento de demandas; - Processo de trabalho da equipe;

	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção ao Tabagismo, Tuberculose e Hanseníase; - PICS e Práticas Corporais; - Promoção e Educação em Saúde; - Programas Bolsa Família e Saúde na Escola; - Cuidado domiciliar; - Estrutura do NASF.
Coordenação do Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação com IES; - Monitoramento e Controle das ações desenvolvidas; - Avaliação de resultados; - Suporte para complexidades; - AM; - Contrarreferência; - Funcionamento do NASF; - Instrumentos de avaliação; - Gestão dos casos graves; - Controle e avaliação dos programas desenvolvidos.

Fonte: Dados da pesquisa

Para a tipologia da Qualidade da Atenção prestada em saúde mental, foram identificadas 35 perguntas no formulário II PMAQ-AB. Essas contemplam o acolhimento, a consulta, o acompanhamento, a solicitação de exames, a prescrição de psicotrópicos, o encaminhamento para os serviços especializados e a abordagem multiprofissional dos profissionais do NASF com as equipes. Também perguntas mais detalhadas relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais das equipes foram realizadas, envolvendo tratamento, promoção, prevenção, redução de danos e a reabilitação da saúde aos portadores de sofrimento psíquico e aos usuários de álcool e outras drogas.

A seguir, foram construídas as duas tipologias e realizados somatórios das perguntas, cujo conteúdo está sintetizado na figura 1 para a categorização dos índices. As duas tipologias (atributos e saúde mental) tiveram seus índices categorizados em três cenários, para expressar os níveis baixo (0 – 32,99%), médio (33 – 65,99%) e alto (66 – 100%). A tipologia referente aos atributos expressa os atributos essenciais (Integralidade, Coordenação, Longitudinalidade e Primeiro Contato) e uma variável geral. A variável Geral - APS é resultante da soma das quatro variáveis que compõem os Atributos Essenciais. Para efeito de pontuação, as 18 variáveis politômicas da segunda tipologia foram recodificadas como dicotômicas em suas respostas (1 = sim e 0 = não/não sabe/ não se aplica/não respondeu).

Na análise descritiva, foi realizada a distribuição das EqAB segundo os níveis de

estruturação da assistência em Saúde Mental e segundo os Atributos essenciais e geral da APS e por regiões.

Para investigar as associações, foram realizadas análises de regressão logística multinomial, tendo como variável dependente a qualidade da assistência prestada na área da SM e como variável independente os atributos da APS. O cenário de Baixa Estruturação de SM foi assumido como categoria de referência. Portanto, nesta análise, as categorias das tipologias foram dicotomizadas em baixo e médio/alto.

A magnitude das associações foi representada pela razão de chances Odds Ratio (OR), com respectivo Intervalo de Confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Utilizou-se o programa SPSS Statistics 20 para realizar todas as análises estatísticas.

O estudo cumpre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais com o Registro 28804 em 30/5/2012.

6.5 Resultados

Na distribuição da qualidade dos cuidados em Saúde Mental (**tabela 1**), por níveis e regiões, observa-se que 52,1% de equipes se encontram no nível médio, 29,2% no nível baixo e uma pequena parcela de equipes no nível alto - 18,7%.

Tabela 1 – Distribuição da qualidade de Atenção em Saúde Mental, por Níveis e Regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014

REGIÕES	Escores – Níveis					
	Baixo		Médio		Alto	
	N	%	N	%	n	%
Sul	1.118	24,8	2.370	52,6	1.021	22,6
Sudeste	2.288	22,7	5.416	53,6	2.396	23,7
Centro Oeste	933	41,6	1.082	48,3	226	10,1
Norte	1.142	52,9	867	40,1	151	7
Nordeste	3.210	29,8	5.774	53,5	1.784	16,6
TOTAL	8.691	29,2	15.509	52,1	5.578	18,7

Fonte: Dados da Pesquisa

Na região Sudeste, observa-se o maior número de EqAB no nível alto – 23,7% e o menor número no nível baixo – 22,7%. Em contraste, a região Norte apresenta o maior número de equipes no nível baixo 52,9% e o menor número no nível alto - 7,0%.

Na distribuição da estruturação da APS, por níveis e regiões (**tabela 2**), a maioria das equipes situa-se no nível médio de estruturação da APS – 86,52%; observa-se que 7,5% estão no nível baixo e apenas 5,93% se encontram no nível alto de estruturação.

Tabela 2 - Distribuição da Estruturação da Atenção Primária à Saúde, por Regiões e Níveis, Brasil – PMAQ-AB 2014

REGIÕES	Escores – Níveis					
	Baixo		Médio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Sul	364	8,1	3.860	85,6	285	6,3
Sudeste	670	6,6	8.668	85,8	762	7,5
Centro Oeste	209	9,3	1.961	87,5	71	3,2
Norte	365	16,9	1.762	81,6	33	1,5
Nordeste	638	5,9	9.514	88,4	616	5,7
TOTAL	2.246	7,55	25.765	86,52	1.767	5,93

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto à distribuição regional, destacam-se as Regiões Sudeste por apresentar o maior número de equipes no nível alto - 7,5%, enquanto a Região Nordeste apresenta o menor índice de EqAB no nível baixo - 5,9%. A Região Norte destaca-se negativamente por apresentar os piores índices em todos os níveis, com o maior número de equipes no nível baixo 16,9% e o menor no nível alto 1,5%.

Na distribuição da estruturação da APS segundo os atributos essenciais, por níveis (**tabela 3**), observa-se que o atributo longitudinalidade destaca-se, com 36,0% das EqAB situando-se no nível alto. Em contrapartida, o atributo coordenação possui os piores índices - no nível baixo, situam-se 28% das EqAB e apenas 0,7% encontram-se no nível alto.

Tabela 3 - Distribuição da Estruturação da Atenção Primária à Saúde segundo os Atributos Essenciais, por níveis, Brasil – PMAQ-AB 2014

ATRIBUTOS ESSENCIAIS APS	ESCORES – NÍVEIS					
	Baixo		Médio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Integralidade	2.392	8,0	24.130	81,0	3.256	10,9
Coordenação	8.344	28,0	21.230	71,3	204	0,7
Longitudinalidade	1.253	4,2	17.814	59,8	10.711	36,0
Primeiro contato	4.008	13,5	25.069	84,2	701	2,4

Fonte: Dados da pesquisa.

Na análise de associação (**tabela 4**) entre a qualidade da assistência prestada na área da saúde mental e a estruturação da atenção primária à saúde a partir dos atributos essenciais, por níveis, observa-se uma associação positiva em cenários de estruturação da APS de médio e alto nível.

Tabela 4 – Qualidade da Assistência em SM e Estruturação da APS por atributos essenciais e indicador geral, Brasil – PMAQ-AB 2014

Estruturação da APS	Qualidade da Assistência SM					
	Baixo		Médio		Alto	
	OR 95%)	p	OR - (IC95%)	p	*OR - (IC95%)**	
Integralidade	1	0,32	0,91 (0,75 - 1,10)	0,00	3,21 (2,60 - 3,96)	
Coordenação	1	0,00	1,42 (1,27 - 1,59)	0,00	2,31(1,69 - 3,16)	
Longitudinalidade	1	0,87	0,98 (0,77 - 1,25)	0,00	2,25 (1,74 - 2,90)	
Primeiro Contato	1	0,00	1,28 (1,11 - 1,49)	0,00	1,55 (1,23 - 1,95)	
Indicador Geral	1	0,00	2,19 (1,85 - 2,59)	0,00	14,74(12,18 - 7,83)	

* Odds Ratio ** Intervalo de Confiança. Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que no cenário de média estruturação para a APS, aumenta a chance de alcançar uma melhor prestação da qualidade da assistência para a área da saúde mental (OR: 2,193). Esse resultado torna-se expressivamente maior (OR: 14,742) quando o cenário é de alta estruturação, chegando a representar mais de quatorze vezes a chance em atingir melhores níveis de prestação de assistência na área da SM, quando a APS está melhor estruturada.

Também foi observada uma associação positiva no cenário de alta estruturação da APS para todos os atributos (integralidade OR:3,21; coordenação OR:2,31; longitudinalidade OR:2,25; primeiro contato OR:1,55).

Finalmente, para o cenário de média estruturação, apenas os atributos coordenação e primeiro contato apresentaram uma associação positiva.

6.6 Discussão

A qualidade do cuidado em saúde mental na APS brasileira encontrada neste estudo demonstra que ainda há um longo caminho a ser percorrido. A maior parte das equipes encontra-se em nível médio de qualidade do cuidado ofertado e quase um terço delas apresenta um nível de qualidade ruim, diferindo bastante do quadro geral de estruturação da APS no Brasil.

O número de equipes que se encontram no pior cenário para a qualidade da assistência à SM (29,2%) é o triplo daquele encontrado para estruturação da APS. Estes resultados constataam problemas evidenciados por outros estudos que afirmam que a APS está em plena estruturação, porém necessita ainda enfrentar o desafio de incorporar as práticas de SM no território^{7,9}.

Com efeito, quando se possui uma alta estruturação da APS também as ações de saúde mental estão bem estruturadas. Alguns estudos focando centros urbanos, também constataram esta realidade, em situações nas quais os serviços de SM já se encontram estruturados em forma de rede^{4,10,15}.

No que se refere à assistência à saúde mental, os dados evidenciaram que as regiões Sul e Sudeste possuem melhores resultados e Norte e Centro-Oeste apresentam os piores resultados. Outros estudos^{7,16} sugerem que as regiões vêm se estruturando de diferentes formas para inserirem o cuidado de SM na APS.

Quanto à análise sobre o grau de estruturação da APS constatou-se que poucas equipes possuem um alto grau de estruturação e uma maioria significativa encontra-se no nível médio. Esses resultados também foram semelhantes aos encontrados em outros estudos, com diferenças em percentuais^{15,17}.

Quando se faz análise por regiões, observa-se que mantém-se a relação das diferenças regionais tanto para qualidade da assistência em SM quanto para estruturação da APS. Observa-se que é na região norte que se encontram os piores resultados. Fatores socioeconômicos, problemas para a fixação de profissionais, baixo processo formativo contribuem para esse desfavorável panorama^{15,16}.

De modo geral, estudos nacionais^{7,9,17,18} afirmam uma significativa melhoria da estruturação da APS ao longo do tempo. Apontam também que uma APS melhor estruturada possibilita a inserção das ações de SM no nível primário e, conseqüentemente, promove uma significativa melhora do cuidado.

Estudos atuais^{7,19,20} apontam aspectos muito relevantes na área de SM, como o fato do Brasil ter enfrentado os desafios do processo de reforma psiquiátrica, criado e ampliado serviços, instituído a RAPS, ampliado e definido a APS como prioritária para o cuidado e atualmente contar com uma ampla gama de serviços substitutivos, evidenciando assim os avanços significativos tanto na área da SM como na estruturação da APS. Contudo, os resultados desse estudo indicam que a inserção das ações de SM na APS ainda está aquém do necessário.

O presente estudo evidencia que os atributos atuam de forma diferente em cenários de alta e baixa estruturação da APS. O maior número de ESF no melhor cenário possui o atributo longitudinalidade estruturado; já para o pior cenário, o atributo coordenação é que necessita ser estruturado. Há controvérsias nos diversos estudos sobre a estruturação dos atributos na APS. Estudos usando o PCAtool ressaltam que o primeiro contato é um dos atributos mais frágeis da APS^{1,22}. No entanto, outro estudo, utilizando dados do PMAQ, envolvendo dados das ESF, unidades e usuários, encontrou que os atributos com pior

avaliação foram longitudinalidade e coordenação¹⁹.

Os resultados das análises de associação entre a qualidade da assistência à SM e a estruturação da APS demonstram uma associação positiva que amplia em 14 vezes a chance da APS prestar melhores serviços de SM quando as EqAB estão melhores estruturadas. Nesse sentido, as equipes devem se preparar para absorver o cuidado em SM, com a capacitação dos profissionais, mudanças nos processos de trabalho das equipes e adequação de estrutura física para o enfrentamento desse grande desafio⁷.

Outros estudos^{4,23,24} sobre a inserção das ações de SM na APS apontam as dificuldades para uma mudança de postura dos profissionais no sentido de incorporarem os princípios do modelo substitutivo, afirmando que as EqAB deveriam priorizar as demandas de SM da mesma forma como priorizam outras doenças. Este estudo, portanto, ao focar a saúde mental no processo de estruturação da APS, constata o quanto a área de SM ainda precisa avançar em seu processo de organização, acompanhando o fortalecimento da atenção primária no país.

Quanto às limitações do estudo observa-se que, embora a adesão ao 2º ciclo do PMAQ-AB tenha sido bastante elevada; a análise apenas das equipes que aderiram voluntariamente pode superestimar alguns resultados. O vínculo do PMAQ-AB com recursos financeiros de suporte ao programa também pode comprometer os resultados encontrados. O instrumento de coleta de dados do PMAQ-AB também apresenta limites na formulação de alguns quesitos na área de saúde mental, como na caracterização de subgrupos investigados (usuários de drogas e de medicamentos psicotrópicos) e de algumas ações ofertadas. Também outros aspectos relativos ao atendimento em grupo, ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde mental não se encontram adequadamente estruturados no PMAQ-AB. Portanto, a oferta de cuidado em saúde mental, ainda que entendida como parte do escopo de ações da APS em saúde, mostra-se pouco desenvolvida. Apesar desses limites, os dados advindos do PMAQ-AB permitem uma visão de como a área se encontra estruturada na APS no Brasil.

6.7 Conclusões

A qualidade do cuidado em SM na APS no Brasil ainda tem um longo percurso à frente, mais de um terço das EqAB possui qualidade ruim no que se refere à estruturação das ações de saúde mental. A atenção à saúde mental não acompanha de forma linear a estruturação da APS, exigindo esforços adicionais para sua implementação. Observou-se que os atributos essenciais, que mais contribuem para uma melhor oferta de cuidados em SM com boa qualidade, são integralidade e coordenação.

Historicamente, o movimento de saúde mental tem estruturado a rede de atenção centrada em equipamentos substitutivos. Atualmente, com as políticas de saúde mental enfrentando retrocessos que podem ser catastróficos, inserir ações de SM na APS no Brasil torna-se ainda mais importante. Assim, a consideração de tais aspectos pode contribuir de forma marcante para a efetivação do cuidado em saúde mental com qualidade e excelência.

As referências desse artigo encontram-se no final do volume da tese, juntamente com todas as referências do estudo.

Outros importantes resultados foram elencados e não foram apresentados nesse primeiro artigo.

7. OUTROS RESULTADOS (Quantitativos)

O estudo gerou vários resultados que não foram discutidos no primeiro artigo. Contudo serão apresentados abaixo nas tabelas de 5 a 10. Serão apresentadas as análises descritivas desses resultados da seguinte forma: distribuição da estruturação da APS segundo cada atributo essencial (tabelas 5 a 8) e qualidade da assistência em SM nos níveis médio e alto de estruturação da APS por cada atributo essencial (tabelas 09 e 10).

Na distribuição da estruturação da APS segundo o atributo Integralidade, por níveis e regiões (tabela 5), a maioria das equipes de APS encontra-se distribuída no nível médio de estruturação do atributo, o que corresponde a (81,0%) do total das equipes, (8,0%) estão no nível baixo e (10,9%) se encontram no nível alto de estruturação.

Tabela 5 - Distribuição da estruturação da Atenção Primária à Saúde segundo o atributo integralidade, por níveis e regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014

REGIÕES	ATRIBUTO INTEGRALIDADE						TOTAL	
	Baixo		Médio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sul	421	9,3%	3.601	79,9%	487	10,8%	4.509	100,0
Sudeste	781	7,7%	7.922	78,4%	1.397	13,8%	10.100	100,0
C. Oeste	206	9,2%	1.903	84,9%	132	5,9%	2.241	100,0
Norte	356	16,5%	1.724	79,8%	80	3,7%	2.160	100,0
Nordeste	628	5,8%	8.980	83,4%	1.160	10,8%	10.768	100,0
TOTAL	2.392	8,0%	24.130	81,0%	3.256	10,9%	29.778	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que a região Norte apresenta os piores resultados para os níveis de estruturação alto e baixo para o atributo Integralidade enquanto a região sudeste possui

mais ESF no nível mais alto; no entanto, apenas 13,8% das EqAB se encontram nesta situação.

No que se refere ao nível médio, observa-se que todas as regiões apresentam resultados uniformes, com a região centro-oeste apresentando o maior valor.

Na distribuição da estruturação da APS segundo o atributo coordenação, por níveis e regiões (tabela 6), a maioria das EqAB encontra-se distribuída no nível médio de estruturação do atributo, o que corresponde a (71,3%) do total das equipes, (28,0%) estão no nível baixo e apenas (0,7%) se encontram no nível alto de estruturação.

Tabela 6 - Distribuição da estruturação da atenção primária à saúde segundo o atributo coordenação, por níveis e regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014

REGIÕES	ATRIBUTO COORDENAÇÃO						TOTAL	
	Baixo		Médio		Alto		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Sul	1.153	25,6%	3.285	72,9%	71	1,6%	4.509	100,0
Sudeste	2.393	23,7%	7.653	75,8%	54	0,5%	10.100	100,0
C. Oeste	788	35,2%	1.441	64,3%	12	0,5%	2.241	100,0
Norte	1.022	47,3%	1.135	52,5%	3	0,1%	2.160	100,0
Nordeste	2.988	27,7%	7.716	71,7%	64	0,6%	10.768	100,0
TOTAL	8.344	28,0%	21.230	71,3%	204	0,7%	29.778	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Observa-se na tabela 6 que o maior número de EAB com o atributo coordenação melhor estruturado se encontra na região Sul (1,6%). A região Norte apresenta os piores resultados para todos os níveis de estruturação do atributo coordenação. No melhor nível de estruturação do atributo Coordenação são encontrados resultados semelhantes para as regiões Sudeste, Centro Oeste e Nordeste.

Na distribuição da estruturação da APS segundo o atributo Longitudinalidade, por níveis e regiões (tabela 7), a maioria das equipes de APS (17.814) encontra-se distribuída no nível médio de estruturação do atributo, o que corresponde a (59,8%) do total das equipes, (36,0%) estão no nível alto e apenas (4,2%) se encontram no nível baixo de estruturação.

Tabela 7 - Distribuição da estruturação da atenção primária à saúde segundo o atributo longitudinalidade, por níveis e regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014

REGIÕES	ATRIBUTO LONGITUDINALIDADE						TOTAL	
	Baixo		Médio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sul	170	3,8%	2.256	50,0%	2.083	46,2%	4.509	100,0
Sudeste	355	3,5%	5.089	50,4%	4.656	46,1%	10.100	100,0
C. Oeste	139	6,2%	1.619	72,2%	483	21,6%	2.241	100,0
Norte	204	9,4%	1.704	78,9%	252	11,7%	2.160	100,0
Nordeste	385	3,6%	7.146	66,4%	3.237	30,1%	10.768	100,0
TOTAL	1.253	4,2%	17.814	59,8%	10.711	36,0%	29.778	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

A região Norte apresenta os piores resultados para todos os níveis alto e baixo de estruturação do atributo Longitudinalidade. Contudo, apresenta o melhor resultado no nível médio. O maior número de EqAB com o atributo Longitudinalidade melhor estruturado se encontram nas regiões Sul e Sudeste, com resultados semelhantes.

Na distribuição da estruturação da APS segundo o atributo primeiro contato, por níveis e regiões (tabela 8), a maioria das equipes da APS (25.069) encontra-se distribuída no nível médio de estruturação do atributo, o que corresponde a (84,2%) do total das equipes, (13,5%) estão no nível baixo e apenas (2,4%) se encontram no nível alto de estruturação.

Tabela 8 - Distribuição da estruturação da atenção primária à saúde segundo o atributo primeiro contato, por níveis e regiões, Brasil - PMAQ-AB 2014

REGIÕES	ATRIBUTO PRIMEIRO CONTATO						TOTAL	
	Baixo		Médio		Alto			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sul	595	13,2%	3.289	84,9%	85	1,9%	4.509	100,0
Sudeste	996	9,9%	8.943	88,5%	161	1,6%	10.100	100,0
Centro Oeste	445	19,9%	1.757	78,4%	39	1,7%	2.241	100,0
Norte	551	25,5%	1.552	71,9%	57	2,6%	2.160	100,0
Nordeste	1.421	13,2%	8.988	83,5%	359	3,3%	10.768	100,0
TOTAL	4.008	13,5%	25.069	84,2%	701	2,4%	29.778	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Os maiores números de EAB com o atributo primeiro contato melhor estruturado se encontram nas regiões Nordeste (3,3%) e Norte (2,6%) no melhor nível de estruturação.

As regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul apresentam os piores resultados para o melhor nível de estruturação do atributo primeiro contato.

A região Sudeste se destaca por apresentar o melhor resultado no nível baixo (9,9%) e médio (88,5%) de estruturação para o atributo primeiro contato.

A região Nordeste apresenta resultados semelhantes aos encontrados na região SUL nos níveis baixo e médio de estruturação do primeiro contato.

Na análise de associação entre a qualidade da assistência prestada na área da Saúde Mental com o nível médio de Estruturação da Atenção Primária à Saúde por atributos essenciais (Tabela 9), foi observada uma associação positiva em ambos os cenários de Estruturação da APS (média e alta), para todos os atributos (integralidade, coordenação, longitudinalidade e primeiro contato).

Tabela 9 - Qualidade da assistência em SM e nível médio estruturação da APS por atributos essenciais, Brasil – PMAQ-AB 2014

Qualidade da Assistência SM	Nível Médio de Estruturação APS						
	Baixo	Médio			Alto		
ATRIBUTOS APS	-	OR	P	(IC95%)	OR*	p**	(IC95%)*
Integralidade	1	3,92	0,00	(3,14 - 4,88)	3,32	0,00	(2,93 - 3,78)
Coordenação	1	3,1	0,00	(1,93 – 5,00)	1,37	0,19	(0,86 - 2,17)
Longitudinalidade	1	3,55	0,00	(2,77 - 4,55)	3,03	0,00	(2,78 - 3,31)
Primeiro Contato	1	1,74	0,00	(1,33 - 2,28)	1,01	0,93	(0,80 - 1,27)

*Odds Ratio **Probabilidade <0,05 ***Índice de Confiança. Fonte: Dados da pesquisa

Os melhores resultados são encontrados, respectivamente, para os atributos integralidade e longitudinalidade nos níveis médio (OR: 3,92) e (OR: 3,55) e alto (OR: 3,32) e (OR: 3,03) de estruturação desses atributos. Não houve significância estatística para os atributos coordenação e primeiro contato no nível alto de estruturação desses atributos.

Na análise de associação entre a qualidade da assistência prestada na área da Saúde Mental com o nível alto de estruturação da Atenção Primária à Saúde por atributos essenciais (Tabela 10), foi observada uma associação positiva em ambos os cenários de Estruturação da APS (média e alta), para todos os atributos (integralidade, coordenação, longitudinalidade e primeiro contato).

Tabela 10 - Qualidade da assistência em SM e nível alto estruturação da APS por atributos essenciais, Brasil – PMAQ-AB 2014

Qualidade da Assistência SM	Nível Alto de Estruturação APS						
	Baixo	Médio			Alto		
ATRIBUTOS APS	-	OR*	p	(IC95%)	OR	p**	(IC95%)* **
Integralidade	1	2,18	0,00	(1,77 - 2,68)	3,2	0,00	(2,92 - 3,5)
Coordenação	1	1,95	0,00	(1,38 - 2,76)	1,66	0,00	(1,20 - 2,31)
Longitudinalidade	1	1,77	0,00	(1,38 - 2,28)	2,08	0,00	(1,93 - 2,24)
Primeiro Contato	1	1,41	0,00	(1,12 - 1,77)	1,27	0,01	(1,06 - 1,53)

*Odds Ratio **Probabilidade <0,05 ***Índice de Confiância. Fonte: Dados da pesquisa

Os melhores resultados são encontrados para o atributo integralidade nos níveis: médio (OR: 2,18) e alto (OR: 3,2) de estruturação desse atributo. Os piores resultados são encontrados para o atributo primeiro contato nos níveis: médio (OR: 1,41) e alto (OR: 1,27) de estruturação desse atributo.

8. ARTIGO 2

Submetido e aceito pela Revista Interface Botucatu, Qualis B1 para Saúde Coletiva.

Título

Olhares sobre a assistência em saúde mental na atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras

Autores

Antonio Moacir de Jesus Lima¹; Eli Iola Gurgel Andrade², Rosangela Durso Perillo³, Alaneir de Fátima dos Santos⁴

1. Doutorando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG.

2,4. Professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

3. Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG).

Título

“Olhares sobre a assistência em saúde mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras”

8.1 Resumo

As ações de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde (APS) constituem um desafio no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira. O estudo objetivou compreender as práticas realizadas às pessoas em condições de sofrimento mental na APS em municípios de pequeno porte. Estudo qualitativo com utilização da etnometodologia, que envolveu gestores e profissionais da APS em municípios do Vale do Jequitinhonha. Os resultados permitiram sistematizar ações da APS: desvendar o mundo dos transtornos mentais intramuros, através de visita domiciliar e da presença na escola; transitar entre universos distintos, de formatos tradicionais até os problemas de saúde mental advindos das redes sociais; expansão de abordagem e apoios para os pacientes de saúde mental e percepção pela APS da transferência de estigmas operando na rede de saúde mental. Conclui-se que das práticas de SM, emerge, principalmente, o processo de comprometimento das equipes da APS com os pacientes. Na identificação de problemas de SM nos municípios, novos mundos são desvendados pela prática das equipes e viram casos a serem cuidados.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Estratégia Saúde da família. Reforma psiquiátrica brasileira.

Title

Views on mental health care in primary health care in small municipalities: emergence of innovative practices

8.2 Abstract

Actions of Mental Health in Primary Care (AP) are a challenge within the scope of the Brazilian psychiatric reform. Aimed to understand the practices performed on people in conditions of mental suffering in PA in small towns. Qualitative study using ethnomethodology, which involved managers and professionals of primary care in municipalities of Vale do Jequitinhonha. The results made it possible to systematize the PA's actions: to unveil the world of intramural mental disorders, through home visits and presence at school; move between different universes, from traditional formats to mental health problems arising from social networks; expansion of approach and support for mental health patients and perception by the PA of the transfer of stigmas operating in the mental health network. It is concluded that AP is part of the Brazilian psychiatric reform project, also in a humanized way, deepening it.

Keywords: Mental health. Primary health care. Brazilian Psychiatric Reform.

Título

Visões sobre a atenção de saúde mental em la atención primaria de salud en pequeños municipios: aparición de prácticas innovadoras

8.3 Resumen

Acciones de Salud Mental en Atención Primaria (AP) son un desafío en el ámbito de la reforma psiquiátrica brasileña. Objetivou-se comprender las prácticas realizadas a las personas en condiciones de sufrimiento mental en AP en pequeños municipios. Estudio cualitativo utilizando etnometodología, que involucró a gerentes y profesionales de la atención básica en los municipios de Valle de Jequitinhonha. Los resultados permitieron sistematizar las acciones de la AP: desvelar el mundo de los trastornos mentales intramuros, a través de visitas domiciliarias y presencia en la escuela; moverse entre diferentes universos, desde los formatos tradicionales hasta los problemas de salud mental derivados de las redes sociales; ampliación del abordaje y apoyo a los pacientes de salud mental y percepción por parte de la AP de la transferencia de estigmas que operan en la red de salud mental. Se concluye que la AP es parte del proyecto de reforma psiquiátrica brasileña, también de manera humanizada, profundizándola.

Palabras clave: Salud mental. Atención primaria de salud. Reforma Psiquiátrica Brasileña.

8.4 Introdução

Questões relacionadas à saúde mental (SM) passaram a constituir um problema de saúde mundial, atingindo aproximadamente 12% da carga total de doenças. Apenas os transtornos mentais comuns atingem um terço da população, apresentando-se como uma das morbidades psíquicas mais prevalentes no mundo¹. No Brasil, estima-se que essa prevalência varia entre 29,6% e 47,4%^{2,3}.

Considerando esses dados, questiona-se: como os serviços de saúde podem lidar com essa prevalência e construir uma nova realidade? Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta razões para se integrar a assistência à SM na Atenção Primária à Saúde (APS): a carga de perturbações mentais é grande; os problemas de saúde mentais e físicos estão interligados; o déficit de tratamento em relação às perturbações mentais é enorme. O documento também reforça que cuidados primários para SM ampliam o acesso, promovem o respeito pelos direitos humanos, são acessíveis em relação ao custo-benefício e geram bons resultados em termos de saúde⁴. Ou seja, essa demanda deve ser absorvida pelos profissionais das equipes da APS, com ações de

promoção de SM, prevenção e cuidados dos transtornos mentais, de forma individual e coletiva.

No Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica, caracterizou-se como celeiro de possibilidades históricas e sociais, com atividades e elaboração de textos legais que legitimam todo o processo político, ético, institucional e científico denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). A mudança estabelecida pela RPB sai do foco do cuidado hospitalar, centrado no modelo biomédico, para o cuidado baseado na atenção psicossocial, prestado ao usuário na comunidade⁵.

Para tanto, o desafio que se coloca é habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários. Isso leva o desafio da inserção de ações de SM na APS para além do Sistema Único de Saúde (SUS), já que, para ser realizado, ele implica a abertura da sociedade para a sua própria diversidade⁶.

Estudos realizados na Noruega⁷ e no Brasil⁸ indicam que, apesar das diversas iniciativas inovadoras observadas na atenção às pessoas em condições de sofrimento psíquico na APS, problemas relativos à organização do processo de trabalho, formação profissional deficitária, precariedade na estruturação da rede de serviços, infraestrutura e recursos humanos dificultam a inserção de ações de SM na APS. Essas fragilidades se constituem como barreiras para prestação do cuidado na APS: reprodução do modelo asilar e biomédico; ausência de foco nos usuários e na família; duplicidade de modelos assistenciais; encaminhamentos desnecessários; ausência de corresponsabilização.

No entanto, estudos apontam que práticas inovadoras são vivenciadas na assistência em SM na APS brasileira. Ampla revisão mostrou que, em Salvador, a internação domiciliar é uma realidade possível. Em Ribeirão Preto, as visitas domiciliares aparecem no sentido de minimizar a incidência da reinternação psiquiátrica por meio do acompanhamento dos egressos, orientações aos familiares e esforços, para evitar a medicalização do sofrimento psíquico. Em Cuiabá, o grupo terapêutico aparece como forma de integrar a SM na APS⁹. Em São Paulo, observou-se que as visitas domiciliares e a escuta qualificada atuam como facilitadoras do processo de identificação e acolhimento das necessidades dos usuários em sofrimento psíquico¹⁰.

Outros estudos nacionais, desenvolvidos em São Paulo, Rio Grande do Norte, Paraíba e Região Sul, evidenciaram a importância das práticas grupais, como Terapia Comunitária, Grupos e Oficinas de SM na APS. Destacou-se a potência contida na possibilidade de as pessoas compartilharem as situações vivenciadas, indicando que o

fortalecimento dos vínculos e laços de confiança entre os usuários e profissionais dos serviços podem se constituir como importantes ferramentas de promoção e preservação da SM⁹.

Ressalta-se, ainda, estudo desenvolvido na cidade de São Paulo, no qual observou-se a estratégia de reuniões de equipes com discussão de casos, acolhimento efetivo e elaboração do Projeto Terapêutico Singular como forma de capacitar as equipes para o enfrentamento das dificuldades em inserir práticas de SM na APS¹¹.

No cenário internacional, as experiências de ações de SM no nível primário são evidenciadas por estudos desenvolvidos na Inglaterra, Austrália, Finlândia e Estados Unidos da América. Os resultados desses trabalhos apontam algumas evidências: a discussão conjunta de casos como a principal forma de articulação entre os serviços; a associação entre a melhoria dos atendimentos e possibilidade de compartilhamento de saberes¹²; a redução significativa dos encaminhamentos, quando o clínico geral é o profissional de referência¹³; a melhora significativa na capacidade de atender às necessidades dos usuários, com realização de sessões de psicoterapia partilhada¹⁴; a continuidade ao tratamento nos serviços primários que realizam parcerias com o setor secundário e altas taxas de adesão¹⁵.

Essas práticas voltadas para a SM, no contexto da APS brasileira e internacional, contribuem para aperfeiçoar o atendimento às pessoas acometidas por sofrimento psíquico, com a inserção de ações que inovam e qualificam a APS.

Frente a essas possibilidades, este estudo teve como objetivo compreender as práticas que estão sendo realizadas na APS para as pessoas em condições de sofrimento psíquico em municípios de pequeno porte. Evidenciou-se a seguinte questão: quais práticas são desenvolvidas no cotidiano da APS de municípios de pequeno porte para atenção às pessoas em sofrimento psíquico?

8.5 Método

Estudo qualitativo baseado na etnometodologia, entendida como o estudo empírico de práticas, procedimentos, métodos e conhecimentos de senso comum que os atores sociais usam diariamente para entender e, ao mesmo tempo, produzir os ambientes sociais em que participam¹⁶. A escolha da etnometodologia se deu pela pretensão de conhecer as práticas de SM de equipes da ESF realizada em municípios de pequeno porte.

Nessa vertente metodológica, os membros de um grupo fazem uso naturalizado da linguagem nos cenários cotidianos que compõem o mundo social, o que implica que as atividades práticas e interações sociais ocorrem em um horizonte comum de entendimento. Para apreensão dessas dimensões na realidade da SM, foram utilizadas entrevistas individuais com gestores e coordenadores de APS e grupos de discussão com os profissionais das equipes de APS, a partir de um roteiro com a pergunta norteadora: comente como são organizadas e desenvolvidas as ações de SM em sua unidade.

Estudo realizado de julho a novembro de 2019, em municípios do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. Os municípios receberam uma numeração de 01 a 05, de acordo com a realização cronológica das entrevistas e dos grupos de discussão, apresentando, dentre outras, as seguintes características (**Quadro 1**):

Características dos cenários dos municípios participantes

Municípios	Habitantes	Dispositivos da Rede de Atenção			
		ESF*	NASF-AB**	CAPS***	LEITO CRISE****
01	11.818	05	01	00	00
02	10.256	05	01	01	01
03	24.131	08	02	02	02
04	36.712	13	02	02	04
05	11.872	03	01	01	01
Totais	84.968	34	07	06	08

Fontes: dados IBGE 2017 e arquivo do pesquisador. *Estratégia Saúde da Família ** Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica *** Centro de Atenção Psicossocial **** Leito de retaguarda em hospital geral.

Foram incluídos todos os municípios que aceitaram o convite para participar do estudo. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para delimitação da amostra, foi utilizado o critério de saturação teórica dos dados, ou seja, quando nenhum novo elemento foi encontrado e o objetivo da pesquisa foi atingido¹⁷.

Foram realizadas 11 entrevistas com gestores e coordenadores da APS e 10 Grupos de Discussão com equipes de APS, totalizando 85 participantes. O número de participantes dos grupos de discussão variou entre 06 e 12. O tempo médio de duração dos grupos foi de uma hora. Na realização das entrevistas, o tempo médio de duração foi de, aproximadamente, 30 minutos.

As entrevistas individuais e as discussões em grupo foram transcritas na íntegra, com cuidado para se preservar toda a linguagem, inclusive o tom coloquial. Em seguida, foram realizadas escutas repetidas dos áudios, bem como leituras exaustivas dos discursos transcritos.

A análise dos dados partiu do pressuposto da etnometodologia. No lugar de formular a hipótese de que os atores seguem as regras, o interesse da etnometodologia consiste em estudar os métodos empregados para atualizar ditas regras, isso as faz observáveis e descritivas¹⁵. As atividades práticas dos membros, em suas atividades concretas, revelam as regras e os procedimentos. Assim, o foco deste estudo foi se apropriar da implementação das ações de SM na APS. Existe um arcabouço conceitual elaborado a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e que localiza qual o papel da APS nas ações de saúde. Pretendeu-se apreender como a APS se relaciona na prática com este processo. Para isto, procurou-se organizar a análise do material coletado a partir de três conceitos importantes da etnometodologia: o ator social, a ordem social e a ação social¹⁷.

Quanto ao ator social, partiu-se da concepção de que os atores possuem um conjunto de recursos e procedimentos que lhes permitem atuar em seu mundo social. Essas categorizações e métodos utilizados para enfrentar diferentes situações não são discutidas ou produzem reflexões, mas operam em um nível tácito e rotineiro¹⁸.

Nesse aspecto, procurou-se identificar como os diversos trabalhadores das equipes de APS atuam em seu cotidiano para se relacionar com o universo das ações produzidas no âmbito da SM. Procurou-se identificar a partir de quais conhecimentos e procedimentos, ou seja, quais recursos estão sendo utilizados no cotidiano da produção de ações de SM, que lhes permitem potencializar suas ações.

Quanto à ordem social, na etnometodologia, ela é percebida no âmbito da prática dos membros que participam da sociedade e não um conjunto de fatos ou instituições que impõe e constrange os atores. Assim, a realidade social é entendida como uma estrutura de “realizações contingentes de práticas organizacionais comuns”¹⁹.

A etnometodologia trabalha com dois conceitos fundamentais, para abordar a realidade social como produção situada, determinada pelos vários métodos (etno) (recursos, práticas, procedimentos, conhecimentos) que as pessoas empregam para produzir a ordem social em que habitam¹⁶.

O primeiro conceito é a indexicalidade que se refere às expressões empregadas pelos atores sociais nos processos interativos e que possuem significado no momento da interação e no contexto local onde são produzidas. Assim, a etnometodologia estuda a

linguagem, dando uma atenção especial para os novos significados que são atribuídos a determinadas palavras ao longo dos anos. Além disso, a indexicalidade entende que esses novos significados atribuídos a essas palavras se devem à interação que os indivíduos estabelecem¹⁸.

O segundo conceito é quanto à reflexividade, a qual pressupõe que ações desenvolvidas pelos indivíduos são provocadas pela reflexão que é feita a partir das ações realizadas por outrem e das realizadas pelo próprio indivíduo. Assim, as reflexões feitas pelos indivíduos são realizadas de forma instintiva, ou seja, a pessoa as realiza sem que haja a percepção ou vontade deliberada, é espontâneo. Tal reflexividade faz com que os indivíduos se baseiem nela para gerar seus próprios atos¹⁶.

Procurou-se colocar o foco nas várias modalidades de ação e raciocínio prático que os participantes mobilizam para reconhecer, inserir, produzir e sustentar suas ações de SM. Tentou-se, também, identificar as expressões e os contextos nos quais podem ser relacionados novos significados para as ações de SM na realidade da APS.

Quanto à ação social, a etnometodologia substitui a questão do porquê de uma ação, instalando a questão sobre como emerge um campo específico de ações que contém sua própria inteligibilidade¹⁶; também como é organizado e como diferentes sujeitos se articulam.

Procurou-se indagar como se configuram, na prática, as concepções de SM presentes no ideário da RSB e como se expressam na realidade da APS nas equipes analisadas. Ou seja, como esses espaços se organizam na produção cotidiana do cuidado em saúde e em SM? Novas normas estarão emergindo? Como as normas se expressam no cotidiano?

Foi a partir de tais delineamentos que o material coletado foi analisado. Este estudo obedece às normas do Conselho Nacional de Saúde, conforme Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob Parecer n° 28804.

8.6 Resultados

Vários aspectos emergiram das práticas em SM que estão sendo realizadas pela APS nos municípios analisados, demonstrando sua complexidade. Procurou-se, a seguir, sistematizar tais aspectos, categorizando-os e descrevendo-os a partir da fala das equipes e coordenadores da APS.

Desvendando o mundo dos transtornos mentais intramuros: o profundo significado da visita domiciliar e da presença na escola

Na identificação de problemas de SM na APS nos municípios mencionados, novos mundos são desvendados pela prática das equipes. O domicílio e a escola emergem como um campo importante de percepção de problemas na área da SM. A APS, operando nos territórios, domicílios e na escola, descortina problemas e potencializa o trabalho das equipes.

A presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) permite que a família avise os problemas enfrentados.

[...] na casa, o familiar alerta pra gente que aquela pessoa tá daquele jeito, então entramos em contato com a equipe para solucionar o problema. (GD 05)

Novos mundos também são desvendados pela percepção do ACS no domicílio.

[...] ainda hoje, no município, principalmente por ser do interior, existem pacientes de SM que os familiares isolam, discriminam, é aquele que fica no quartinho lá no fundo, que recebe a comida pela grade. A gente vê uma desestrutura dos familiares [...] eles precisam muito de ajuda. (GD 08)

A presença nas escolas, através de práticas compartilhadas, leva odontólogos a ver problemas.

[...] fui conversar com a diretora, porque estive com uma criança lá e percebi ela muito retraída mesmo, ela não fala, só os lábios que se movimentam e aí eu falei: “ô querida, vamos ver o que podemos fazer para essa criança”. (GD 01)

[...] a menininha estava com comportamento diferente. [...] a professora fez um relatório e passou pra mim e passei para o psicólogo que vai marcar a consulta. (GD 02)

Atenção Primária à Saúde transitando entre universos distintos: as novas dimensões que afetam a saúde mental advindas das redes sociais

Os profissionais das equipes relatam, também, a ampliação dos espectros dos problemas vivenciados na APS advindos de contatos com as redes sociais. A presença na escola permite a aproximação com estas novas temáticas, que passam a compor o espectro de atuação da APS.

[...] temos uma grande preocupação, inclusive no Programa de Saúde na Escola, temos detectado muitos casos. Ontem tivemos uma reunião, foi falado que as redes sociais atrapalham muito a vida dos pacientes, que os meninos pegavam uma moda de se cortar. (GD 10)

[...] a questão do suicídio, problemas alimentares, bullyings. Tudo vem para gente cuidar. (GD 03)

Saúde mental: expandindo o espectro de abordagem e apoios

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem sido potencializada por processos de articulação envolvendo ações intersetoriais com o Conselho Tutelar, o Ministério Público e a Polícia Militar. Com a realização de reuniões mensais, as equipes da APS participam deste novo processo em reuniões com o NASF-AB e CAPS.

[...] reúne um membro de cada equipe e a gente leva os casos dos pacientes mais críticos, com problemas mentais, adolescentes grávidas, usuários de drogas. Os pacientes dizem que a gente não consegue ter muita resolução, aí temos ajuda dos outros setores, social, educação, Conselho Tutelar, Polícia, em muitas vezes, temos muita parceria. (C 01)

Este processo é de mão dupla – tanto esta rede de apoio traz os casos como as equipes levam os casos:

[...] pego os casos, falo para o enfermeiro: “vamos colocar na rede, porque a gente não dá conta de resolver, não superamos essa situação e aí nós vamos pra reunião”. (G 04)

As equipes da APS se referem à importância decisiva do papel do CAPS na RAPS. Salientam, ainda, a articulação com os CAPS, que são parceiros para monitorar os pacientes faltosos, realizam reuniões com as equipes e fazem contrarreferência das pessoas com sintomas leves.

[...] eles são atendidos lá e cá. Mesmo porque, no CAPS, o psiquiatra não se encontra todos os dias. (C 02)

[...] gostaria de ressaltar que o CAPS foi um dos maiores ganhos. Eles fazem busca ativa e essa parceria com a gente, pra tá verificando o que está acontecendo. Os casos leves, eles devolvem para APS e que estão controlados e não necessitam mais daquele tratamento intenso do CAPS. Aí, eles vêm através dessa contrarreferência. (C 08)

[...] encaminhamos para o CAPS. Agora eles tão querendo mais, pedem que sejam via encaminhamento da unidade, pra gente acompanhar aqui. O paciente fica lá um tempo, e, depois que tiver controlado, recebemos a contrarreferência, eles devolvem e nós acompanhamos. Caso desestabilize, retornamos para o CAPS para reavaliação. (C 04)

O NASF dá suporte e também ajuda muito em casos que não são tão graves. (C 06)

Agente Comunitário de Saúde em ação na saúde mental: as percepções cotidianas propiciando cuidados de qualidade

O papel importante dos ACS não se restringe a ajudar a desvendar novos casos. Eles também, muitas vezes, conseguem criar vínculos de forma mais duradoura, monitorando os pacientes e mantendo a equipe informada.

[...] quando o agente chega e fala: “ôh, fulano, eu estou precisando disso, fulano, hoje não acordou bem, está agitada, está nervosa”. Querendo ou não, quem passa a maior demanda para nós é o agente, elas fazem esse acolhimento. (GD 09)

[...] na minha microárea, tinha um jovem que perdeu totalmente o prazer de viver, ficou com problema mental. Aí, a mãe já não sabia mais o que fazer... eu falei: “o que é que eu vou fazer?” Ele ficou isolado num quarto, ninguém tinha coragem de ir, de entrar lá. Eu pedi força pra Deus e fui ajudar. Aí, ele me escutou. Hoje, ele está ótimo e eu fico de olho na medicação dele. (GD 07)

[...] nas visitas domiciliares, nota ou percebe alguma alteração do comportamento ou da fala. Ou alguma coisa que a mãe fala, o filho fala ou vem alguém e a gente chega e passa para a enfermeira. Marca uma consulta com o médico ou encaminha para o CAPS, se precisar. (GD 04)

[...] nós também temos o enfrentamento de alguns pacientes que não querem ir ao CAPS. [...] uma paciente falou: “eu não vou”, e eu falei: “você vai”. Cria vínculo comigo, com o agente de saúde, mesmo ele sendo paciente psiquiátrico. (GD 06)

A transferência de estigmas operando na Rede de Atenção Psicossocial: “o CAPS é lugar para doido”

O manejo cotidiano na área de SM, ainda pontuada por estigmas, impacta, de forma importante, as práticas das equipes da APS e as dificuldades de inserção da família no cuidado.

“[...] tem receio de falar. Diz: “ah, o CAPS é lugar pra doido”. É uma pessoa que tem ansiedade, está se matando e uns que não aceitam. Até o tom de falar, ele muda. É como se fosse proibido, “não vai não, porque se você for você é doido”, entende? (G 01)

[...] a própria família acaba estragando o nosso trabalho, porque a família é a base, se ela não está junto para ajudar a solucionar o problema, infelizmente, nada é feito, a gente faz o nosso trabalho, mas não funciona, falta a família. (G 02)

Algumas atividades realizadas são voltadas para lidar com os estigmas.

[...] eu acho lindo aquilo que fazemos, acho que, ali, deixamos os pacientes expressarem os seus sentimentos, as famílias expressarem, porque vários profissionais e

famílias começam a ter uma visão de que CAPS não é para doido, entendeu? Que o CAPS é uma referência. (GD 08)

O preconceito, não é do paciente, é a bagagem, é o que ele carrega e o que ele escuta e que vem. [...] ele não vai adquirir o preconceito porque alguém veio e falou pra ele, né? Culturalmente, nós temos essa história de que 'você vai tomar remédio? Você é doido'. A pessoa carrega isso, e, na verdade, o que acontece? A saúde mental, ela é um tabu pra todo mundo. (C 06)

[...] quando fazemos a anamnese, ele já fala logo: "não tomo medicamento". Ele só se considera uma pessoa normal se ele estiver sem medicação, é um preconceito dele próprio. Ele teve alta do CAPS, mas falo você não teve alta da sua medicação. (G 04)

Atividades de promoção da saúde em vez de remédios

As equipes da APS relatam o esforço para que os pacientes de SM realizem atividades de promoção da saúde, que estão ocorrendo em seus territórios.

[...] a gente tenta passar um pouco do conhecimento; às vezes, conseguimos. Orientamos tomar chá em vez do remédio. A gente fala assim: "você já dormiu?". No dia que você não dormiu, você toma, o dia que você conseguir dormir, aí você não toma e assim toma um dia sim e um dia não. [...] tem aula de crochê e bordado e indicamos para eles. (GD 09)

[...] a casinha que eles fazem costura e bordado. É a promoção da saúde, alguns deixaram mesmo a medicação, fazendo o crochezinho e as atividades físicas lá na pracinha. É bom para o corpo e para o mental deles também, aí deixam completamente a medicação. (GD 10)

Na nossa unidade, os grupos acontecem, regularmente, duas vezes por semana, caminhada, zumba, crossfit e grupo de muay thai. (GD 07)

O zelo operando no cotidiano da Atenção Primária à Saúde: o cuidado com a medicação em saúde mental

Os profissionais das equipes da APS relatam sobre a necessidade de tratar pacientes da SM de forma especial, reconhecendo suas vivências e necessidades. Referiam sobre a mudança na forma de organização do trabalho para atender, incluindo um cuidado especial com a medicação.

[...] quando chegam pacientes com alguma demanda de SM, aflito, agitado, organizamos para fazer o atendimento rápido, para não faltar medicação, porque sabemos que é um dos pilares do cuidado. (GD 01)

Nas visitas, pegamos as receitas, orientamos, perguntamos se tem dúvida em tomar seu medicamento. Se tiver, chamamos alguém da família, uma pessoa mais entendida, orientamos quais os horários certinhos. (GD 06)

É tão sacrificante o nosso trabalho. A gente sabe que a população é pequena, então tem noção de quem já faz, tem risco, as pessoas que já vêm de famílias agressivas, então a gente ajudando e correndo riscos. Diante de correr riscos, a gente também pede retorno deles, compromisso com a medicação. (GD 07)

Questões percebidas na Atenção Primária à Saúde no atendimento à saúde mental

Os profissionais, participantes da pesquisa, referem-se a problemas no atendimento à SM. Salientam aspectos, como a não realização de classificação de riscos e de registros, deixando essas atividades a cargo do CAPS. Às vezes, possuem uma pasta com as informações enviadas e fazem o monitoramento com esse registro.

[...] identificamos um problema e encaminhamos ao CAPS, lá tem classificação de risco que insere essa paciente ou retorna pra gente [...] normalmente, não é CAPS, é ambulatório. Aí, a gente vai colocar para o psicólogo, tentando desenvolver ações com esse paciente 'leve', mas classificação do risco formalizada não existe. (GD 05)

Já fizemos buscas, os ACS já sabem, têm uma lista dos pacientes, quem precisa de acompanhamento. Mas, hoje não temos nada específico para pacientes da SM. (GD 06)

Também, são identificados como problemas o fato de não trabalharem com redução de medicamentos, a abordagem de pacientes com dependência química e a não formalização de critérios mais detalhadas de alta de pacientes do CAPS.

[...] já foi sugerido para os profissionais do NASF-AB criar um grupo, operacionalizar pra tentar reduzir esses benzodiazepínicos, os clonazepans da vida. É muita gente que toma e sabemos que a maioria nem necessita. A dependência química é complicada pra nós. (G 05)

[...] nem sempre os profissionais têm disponibilidade de tempo, logística, transporte, pra fazer tudo que um serviço de saúde mental deveria fazer. Hoje, tem altas que eu concordo e outras não. Não acho que o paciente tem que vir pronto e mastigado do serviço lá, mas acho que pacientes esquizofrênicos, com transtorno mental e que traz risco pra ele e para os demais, acho que eles deveriam ter superado esses casos, para só depois darem alta e devolver APS. (C 04)

8.7 Discussão

Os diversos mundos desvendados por gestores, coordenadores e trabalhadores das equipes da APS no que tange à SM em municípios de pequeno porte apontam para a importância de um modelo assistencial, em que as equipes se voltam para o território e reafirmam que a imersão nesses propicia a integração da SM no setor primário de atenção à saúde, com a garantia de direitos e qualificação assistencial^{20,21}. Nos domicílios e nas escolas que é descortinado o amplo espectro de problemas que a APS se depara quanto ao sofrimento mental. O estudo evidencia que o processo concebido no âmbito da RSB é aprofundado e se torna real nas práticas cotidianas das equipes da APS, permitindo a integralidade e ampliação do cuidado para as pessoas em sofrimento mental^{22,23}.

A complexidade da atenção à saúde na APS é ampliada ao se deparar com as atividades na SM. Vão desde práticas seculares com os quartinhos e suas grades descobertas e abertas pelos ACS, ao acompanhamento sistemático de consultas e uso de medicações para os pacientes que necessitam, até a problemática atual de SM, descortinada pela presença na escola e a influência das redes sociais, com dois grupos tendo crescimentos significativos: jovens na escola e mulheres jovens que se machucam. Entrevista realizada com o filósofo Nicolas Rose²⁴ e estudo realizado em Santa Catarina-Brasil²⁵ afirmam que os transtornos mentais têm permanecido consistentes nos últimos 20 anos. Ou seja, são novos os desafios e potenciais para a estruturação da assistência em SM na APS.

A APS e a SM se atualizam na prática através desses atores sociais, que mergulham em suas realidades sociais, relacionando-se com a complexidade de seus quadros nosológicos e lançando mão de dispositivos como trabalho em rede de serviços e o AM. Assim, percebe-se uma atuação integrada entre APS e a rede psicossocial, potencializada pela estruturação de espaços intersetoriais e uma dinâmica de matriciamento importante entre CAPS, NASF-AB e APS, como referido por outros estudos^{26,27}.

Contudo, ainda se evidenciam importantes lacunas na forma de configuração das ações dos CAPS, as quais dificultam a articulação entre os serviços, repercutindo diretamente na prestação da assistência pelas equipes da APS, principalmente no momento da crise. Lacunas, como deficiência ou até mesmo a ausência do AM, processos de descontinuidade de assistência em alguns momentos e atuação autônoma dos CAPS, configuram uma via de mão dupla em que a APS necessita ampliar esforços para atingir seus objetivos e garantir uma assistência de forma integralizada e ampliada²⁸.

Apesar de ocorrer uma relativa homogeneidade da rede psicossocial estruturada nos municípios analisados, observa-se que a dinâmica de funcionamento das equipes da

APS ocorre de formas distintas nesta relação com os outros pontos da rede psicossocial. Em algumas situações, a APS se estrutura para potencializar a atenção à SM, atuando para minimizar as lacunas observadas. Essa realidade lacunar de estruturação da rede psicossocial instiga a busca de novas formas de atuação da APS, na medida em que a demanda de cuidados ao paciente efetivamente ocorre neste nível de atenção.

A APS se organiza para propiciar um cuidado de acordo com as necessidades dos pacientes de SM, com prioridade para o acolhimento destes pacientes e com especial ênfase na questão da adesão aos medicamentos²⁹.

A atuação dos ACS se sobressai muito na área de SM, com a possibilidade de construção de vínculos efetivos, tornando-se fundamental para descortinar a realidade de pacientes graves de SM. As práticas da SM das equipes da APS evidenciam o grande envolvimento dos profissionais com os pacientes, configurando-se como atores importantes do processo da RPB²⁷.

Pesquisas de revisão sistemática com estudos nacionais^{10,27} e internacionais²⁷ apontam que, apesar das dificuldades, diversas inovações para área da SM estão presentes no cotidiano das equipes de APS. Os procedimentos e conhecimentos que emergem das práticas na APS evidenciam temáticas complexas presentes no leque de formulação das políticas de SM: a abordagem de patologias advindas das redes sociais; a complexidade das ações intersetoriais em fóruns comuns com participação das equipes, envolvendo particularmente Conselhos Tutelares, Ministério Público e Polícia; a difícil discussão dos estigmas da SM nos espaços privados e algumas práticas de encarceramento; a sistematização das altas dos CAPS e sua contrarreferência para a APS.

Na análise da estruturação da SM na APS, realizada, na prática, com seus potenciais e limites, observa-se a configuração de realidades nas quais emergem expressões indexiais que refletem o cotidiano deste trabalho¹⁸: “o paciente não teve alta da medicação e sim do CAPS”; “busca ativa acirrada junto com o Conselho Tutelar, se necessário”; “pegar a moda de cortar”; essas expressões evidenciam uma realidade que se descortina, envolvendo os universos construídos na prática cotidiana de SM na APS.

No que se refere à emergência de novas normas ou sua reconfiguração, a partir das práticas, observou-se que a percepção dos profissionais atualiza os dilemas da RPB³⁰: a possibilidade do CAPS ser referido como novo lugar da loucura e os esforços que as equipes fazem para isto não se constituir; a maravilhosa atuação dos ACS desvendando os estigmas quanto à loucura nos espaços privados e abrindo estas grades, reafirmando a inclusão propiciada no âmbito da RSB; a emergência de novas patologias repercutidas a partir das redes sociais, que desafiam o processo de estruturação da APS.

Este estudo apresenta limites. A opção pela etnometodologia coloca a possibilidade de os achados representarem microeventos e não abordagens mais gerais relativas ao processo de estruturação das ações de SM na APS. A opção de focar em municípios de pequeno porte em MG, com condições socioeconômicas precárias, como o Vale do Jequitinhonha, pode representar a realidade de SM de municípios com essas características, não a realidade vivenciada pelas ESF no país.

8.8 Conclusão

Deste estudo, emergem importantes aspectos da configuração da assistência em saúde nas práticas da APS, que desvendam, no cotidiano, as configurações de ações em SM com a presença nos territórios: a presença nos domicílios e nas escolas coloca foco em campos obscuros nos quais a problemática da SM está inserida. A presença das equipes da APS se relacionando com a SM, a partir dos domicílios e escolas, permite ampliar a potência das ações de SM, abrindo grades no âmbito domiciliar e desvendando casos graves, com intervenções significativas.

As configurações das articulações intersetoriais colocam novos atores em cena, com construção de fóruns envolvendo Conselhos Tutelares, Ministério Público e Polícia. Também constata limites na atuação da APS envolvendo classificação de risco na área de SM, acompanhamento estruturado dos pacientes e políticas envolvendo redução de medicação. As formas de atenção encontradas apontam importantes falhas na configuração do serviço dos CAPS. A APS, em algumas situações, organiza-se para superar estas lacunas.

Das práticas de SM, emerge, principalmente, o processo de comprometimento das equipes da APS com os pacientes. Na identificação de problemas de SM nos municípios, novos mundos são desvendados pela prática das equipes e viram casos a serem cuidados.

Apesar dos retrocessos que ameaçam o projeto da RPB em seus conceitos, como uma reforma humanizada e antimanicomial, observa-se, na prática dos profissionais da APS, o enraizamento dos seus fundamentos, sendo um importante achado do estudo. Portanto, ainda há esperança.

As referências desse artigo encontram-se no final do volume da tese, juntamente com todas as referências do estudo.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um estudo misto nos permitiu conhecer como

a APS se estrutura e como seus atributos contribuem para o cenário dessa estruturação e também como as ações de SM evidenciam a qualidade da assistência prestada no nível primário. Por meio da utilização dos dados do segundo ciclo do PMAQ-AB, foi possível atingir os objetivos da primeira fase quantitativa do estudo. Assim, na segunda fase qualitativa, foi possível desvelar, nas falas dos participantes, como as ações dos trabalhadores das EqAB contribuem para inserir a SM no âmbito da APS.

Com a Reforma Sanitária Brasileira, conquistas significativas no setor de saúde ocorrem através do advento de um sistema de saúde universal, com garantia de direitos expressos pelo Sistema Único de Saúde. Composto esse panorama, a estruturação da APS passa a se efetivar não apenas como porta de entrada para os serviços de saúde, mas como a grande ordenadora dos serviços por meio da ESF que, em conjunto com outros dispositivos, atuam em forma de RAS.

Nesse mesmo sentido, a Reforma Psiquiátrica propiciou para os serviços de SM uma redirecionalização do modelo da assistência que era hospitalocêntrico para uma assistência psicossocial, com os portadores de sofrimento mental sendo atendidos, tratados e acompanhados por equipes multidisciplinares em serviços abertos e substitutivos ao manicômio. Nesse período, assiste-se o importante processo de descredenciamento dos leitos em hospitais psiquiátricos e com os recursos sendo direcionados para a criação dos CAPS. É notória a ampliação dos dispositivos de atenção psicossocial em todo território nacional e como outros dispositivos foram implantados para que possam atuar em forma de RAPS. Ressalta-se, aqui, a importância mantida na APS como centro regulador e ordenador do cuidado, com estudos evidenciando o fracasso da RAPS quando a APS não exercia esse papel.

Foi, nesse sentido, que a OMS apontou as sete razões para a inserção da SM na APS, realçando o evidente aumento dos problemas de SM que acometem, de formas diversas, todas as populações e que é via APS que os direitos são garantidos e a assistência de forma universal é possível.

Com a ampliação dos serviços, tem-se a urgente necessidade de avaliação dos dispositivos, o que, no Brasil, foi propiciado com a criação do PMAQ-AB como um programa de avaliação de abrangência nacional, associado ao incremento de repasses financeiros federais aos municípios e que teve seu terceiro ciclo em 2017/18. Por meio desse programa, tem-se uma visão mais fidedigna e real do funcionamento das equipes da

APS, o qual permite mensurar, de forma individual, os atributos da APS e as ações de SM desenvolvidas pelas EqAB que aderiram ao programa e respondem seu questionário nacional. Já temos, no Brasil, uma ampla literatura científica apontando para os resultados do PMAQ-AB e que abordamos em nosso referencial teórico.

Nosso estudo, portanto, insere-se no contexto amplamente discutido pela literatura nacional e internacional, a qual aponta os pontos positivos e negativos para se inserir a SM na APS. Assim, evidenciam-se, na literatura, os desafios relativos à baixa capacitação profissional, deficiências do trabalho em rede, deficiência de infraestrutura e recursos humanos e falta de padronização do processo de trabalho das equipes como obstáculos a serem superados para que as ações de SM sejam inseridas na APS de forma eficaz.

Ao estudar os fatos e evidências históricas sobre a construção da assistência em SM no mundo e no Brasil, foi possível identificar, claramente, o processo de desassistência e exclusão PSP. Por isso, a APS se insere e tem um papel fundamental no esforço para a assistência desses pacientes; assim, sua estruturação é amplamente vista pelos autores, na revisão realizada, como estratégia para o desenvolvimento das ações de SM. Já para a qualidade da assistência em SM, ressalta-se o equívoco de os serviços substitutivos terem sido abordados como centro dessa atenção. Ao acreditar que, eles, por si só, dariam conta da complexidade do sistema, cria-se o impasse e consta-se, mais uma vez, a importância da APS como ordenadora do cuidado e da rede de serviços.

É nesse sentido que esta tese listou o que ocorre na literatura quanto às experiências de enfrentamento para os desafios encontrados. Esse tópico evidenciou a importância de ações, como AM, visitas domiciliares, grupos e oficinas terapêuticas, reuniões de equipe e a participação social como esforços dos trabalhadores das EqAB para inserirem SM na APS. Os resultados observados foram uma significativa melhoria do vínculo dos usuários com as equipes e a diminuição significativa do estigma e exclusão social à pessoa em sofrimento mental. Essas iniciativas favoreceram a reorientação do modelo de assistência e ampliaram as possibilidades de reabilitação psicossocial com inserção dos familiares e usuários nos processos decisórios. Dessa forma, estamos diante de mecanismos reais que possibilitam a efetivação da própria PNSM.

Contudo, vale lembrar que a literatura aponta para as fragilidades e as falhas do sistema, mostrando o que não deu certo, o que não funcionou, e isso foi importante. Porém, ressaltamos que uma rica literatura, nacional e internacional apontou

possibilidades reais das práticas dos profissionais das EqAB, acima citadas, que funcionam e sinalizaram um caminho possível de ser percorrido. Vemos isso quase que como um movimento de resistência, um grito literário em favor de uma assistência de qualidade em favor das pessoas em sofrimento mental e que já está em curso em nosso país e no mundo por experiências concretas. Por isso, também, nós ressaltamos, em nosso trabalho, especificamente no segundo artigo, a relevância da utilização de experiências exitosas no cenários de práticas das EqAB.

Para tanto, o referencial teórico utilizado nos colocou frente a um cenário instigante e que nos moveu no sentido da realização de um estudo de abordagem mista, que possibilitou a confecção, de um documento validado e consolidado em nível nacional, por grandes especialistas da área da saúde pública e um rico e vasto banco de dados para produção de estudos quantitativos e qualitativos.

O primeiro artigo, quantitativo, apontou como um de seus resultados o descompasso entre a estruturação da APS e a qualidade da assistência em SM, com apenas 7,55% das equipes no nível baixo de estruturação em APS e 29,2% das equipes no nível baixo quando falamos de qualidade da assistência em SM, evidenciando a complexidade do sistema nesse nível.

Aqui, é possível identificar, mesmo que por números relativos e absolutos, problemas no processo de estruturação das ações de SM no nível primário. Isso nos leva a reafirmar o fato de que as EqAB necessitam investir em esforços adicionais para superarem o grande desafio que é inserir ações de SM na APS. Este achado nos remete à importância da discussão, de forma aprofundada, da estruturação das ações de SM na APS, na medida em que mesmo as ESF um pouco melhor estruturadas não conseguem se organizar na área da SM da mesma forma. O estudo ressalta a necessidade de esses aspectos serem enfrentados pelos gestores, exigindo qualificação gerencial e formação das ESF quanto à temática de SM na APS.

Outro importante achado do nosso estudo foi a constatação de que, quanto mais estruturada a APS estiver, maiores são suas chances em produzir assistência na área da SM. O resultado é bastante expressivo, já que a chance de produzir melhor assistência em SM aumenta em pouco mais de 14 vezes, quando as equipes estão estruturadas, por meio da efetivação dos atributos essenciais da APS. Ou seja, nesse aspecto, quando as equipes já estão bem estruturadas, a organização da área da SM ocorre, acompanhando este desempenho.

Foi assim que identificamos, também, que as equipes necessitam investir em

todos os atributos, mas que o atributo integralidade é aquele que mais possui uma relação positiva com o processo de melhoria da assistência prestada às pessoas em sofrimento mental. Foi nesse sentido que o estudo quantitativo direcionou para o estudo qualitativo com identificação (no artigo 2) das práticas reais que estavam acontecendo no cotidiano das EqAB, mas também com a evidenciação de dispositivos como CAPS (nas modalidades Clínico, Álcool e outras Drogas e Infantil), NASF, Conselhos Locais que atuam em forma de redes de serviços, compondo a RAPS, reconhecendo a APS como o ponto principal para coordenação da atenção em saúde. Ressalta-se, também, que, mesmo as ESF com um nível de estruturação médio não conseguem se organizar na área da SM e isso necessita ser enfrentado pelos gestores, exigindo qualificação gerencial e formação das ESF quanto à temática de SM na APS.

O estudo evidenciou a existência de uma rede em SM estruturada e em processo de constituição bastante presente nos municípios pesquisados evidenciados no estudo qualitativo. Esse processo real de estruturação da rede psicossocial pode explicar o porquê o atributo integralidade possui a maior correlação, contribuindo muito para a estruturação das ações de SM. Esse processo possibilita às ESF se beneficiarem bastante para a estruturação das ações de SM no âmbito da APS, aspectos que são fundamentais para uma rede que está existindo e operando nos territórios estudados. Possivelmente, essa estrutura se deve ao fato de a RAS reconhecer a APS como ponto central e ordenadora do cuidado.

Outro aspecto importante do estudo se refere ao fato de o alto nível de estruturação da APS e todos os atributos possuírem correlação com a melhor estruturação da SM. Ou seja, melhorar os atributos da APS contribui para melhorar a SM, sendo que os atributos que mais contribuem são a integralidade e a longitudinalidade. Mesmo o médio nível de estruturação da APS já melhora o nível de estruturação da APS em alguns atributos. Ou seja, investir na APS redundará em melhorar a SM.

Ao detalhar as tabelas adicionais, observou-se que, de um modo geral, a APS tem um longo caminho para se estruturar no Brasil, mas grandes conquistas já foram realizadas: a maioria das ESF se encontra no nível médio de estruturação dos atributos da APS (integralidade - 81%; coordenação - 71%; longitudinalidade - 59%; primeiro contato - 84%). Deve ser ressaltado que a longitudinalidade apresenta também um nível alto de ESF com alta estruturação (36%). Os níveis mais baixos correspondem a 28% na coordenação de cuidado, 13% em primeiro contato, 8% na integralidade e 4,2% na longitudinalidade.

Em síntese, os atributos melhor estruturados na APS são, respectivamente,

longitudinalidade, integralidade e primeiro contato, com a coordenação de cuidados sendo o atributo menos estruturado. No entanto, ainda são poucos os atributos com nível alto de estruturação – com exceção da longitudinalidade, todos os demais possuem menos de 10% de alta estruturação. O fato de ter sido utilizada a técnica Delphi de consensualização, em que foram consensualizados os itens que comporiam os atributos com especialistas, dá qualidade aos resultados aqui encontrados.

Observou-se, também, uma grande diferença nas regiões. Quanto à integralidade, 10% das ESF apresentam níveis altos, 81%, níveis médios e 8%, níveis baixos, sendo que as Regiões Norte e Centro-Oeste apresentam os níveis mais baixos. Também isso se caracteriza como outro desafio a ser superado para que haja uma uniformidade de atenção em todo território brasileiro, efetivando os princípios do SUS na APS. Assim, há necessidade de que a cooperação entre os entes federativos avance e proporcione autonomia e interdependência entre as três esferas governamentais com ações articuladas, focando nas especificidades de cada região.

Para o atributo longitudinalidade, esse perfil de regiões se mantém. Apesar de 36% das ESF apresentarem um nível alto, com somente 4,2% das ESF em nível baixo, observa-se que existe um grande diferencial entre as Regiões Sul e Sudeste, com níveis altos maiores que 46%, na Região Norte, com somente 11% de nível alto e mais de 9% com nível baixo, assim como a Região Centro-Oeste.

No atributo primeiro contato, observou-se 13% de nível baixo e 2,4% de nível alto – todas quase iguais no nível alto. Aqui é o único atributo em que a Região Norte tem mais no nível alto 2,6%, mas, de um modo geral, uniforme entre as regiões, com níveis baixos. No entanto, a norte e centro tem mais de baixo 25 e 29%. Ou seja, nestes três atributos, as Regiões Norte e Centro-Oeste possuem piores índices. O atributo coordenação é o único que quase não possui diferenças entre as regiões. Nota-se que, realmente, o atributo coordenação é o que mais possui ESF no nível baixo, 28% e somente 0,7% no nível alto.

Estes resultados dialogam com vários estudos, desde estudos sobre a utilização do PCAtool para a avaliação dos atributos da APS até estudos utilizando dados advindos de estudos do PMAQ-AB, particularmente o grande estudo referencial nesta área, realizado pela grupo de pesquisa sobre Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Esse estudo de referência utilizou dados do I ciclo do PMAQ, envolvendo usuários e ESF, tendo observado que os atributos que possuíam os melhores resultados foram respectivamente integralidade com uma média de 66% dos itens sendo avaliados positivamente, seguidos de primeiro contato 65%, longitudinalidade 59% e por último também a coordenação do cuidado com 47%. Estes resultados referem-se aos

somatórios dos diversos itens apresentados na pesquisa. Também se observou discrepâncias importantes do ponto de vista de regiões do país.

Ressaltamos ainda nesta perspectiva, o estudo realizado em 2018, cujo objetivo foi analisar os atributos da APS na prática das equipes, na perspectiva dos profissionais e usuários, comparando-se os resultados do PMAQ-AB do I e II ciclo. Este estudo concluiu que apenas parte dos atributos apresentou melhorias do ciclo 1 para o ciclo 2. Os melhores resultados foram primeiro contato e integralidade, no qual se evidencia, segundo os autores, a gradual constituição da UBS como serviço de porta de entrada acessível, com escopo diversificado de ações, ainda que insuficientes. Os atributos com pior avaliação foram longitudinalidade, com baixa continuidade e qualidade da relação profissional-paciente; e coordenação, por dificuldades de acesso às consultas especializadas e insuficientes registros compartilhados (Lima et al, 2018).

Outra vertente no Brasil que estuda os atributos da APS, utiliza o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) criado no Johns Hopkins Primary Care Policy Center, objetivando medir a presença e a extensão de atributos essenciais e derivados da APS. A partir da concepção de coordenação de Starfield, referenciando-se na formulação de avaliação da qualidade de serviços proposta por Donabedian (1966), envolvendo as dimensões de estrutura, processo e resultados, estruturou-se o PCATool. Possui versões para crianças e adultos, avaliados por profissionais, usuários e gestores (STARFIELD, 2002).

Revisão sistemática dos estudos de atributos usando o PCATool e seus subitens (Prates et al., 2017), analisando estudos principalmente no Brasil, conclui que os atributos com melhor desempenho foram competência cultural, com 100% de adequado (100%); o atributo acesso de primeiro contato apresentou um baixo adequado (33,33%), bem como seu subitem acesso de primeiro contato acessibilidade (15,78%), enquanto o subitem acesso de primeiro contato utilização apresentou um alto adequado (71,42%); o atributo essencial longitudinalidade apresentou 62,05% de adequado; o atributo coordenação apresentou um inferior ao seu subitem coordenação integração do cuidado (35,71%; 54,54%, respectivamente); por último, o atributo integralidade apresentou inferior no seu subitem integralidade serviços prestados (50%) e superior ao subitem integralidade serviços disponíveis (25%).

Também estudo realizado por Perillo (2020), avaliando a APS a partir da utilização do Vigitel e centrado na visão dos usuários, encontrou um score de PCATool reduzido de (5,01), denotando ainda alguns problemas na APS. Os escores dos atributos primeiro contato (utilização dos serviços), longitudinalidade e coordenação (cuidado) se

apresentaram superiores ao escore geral de maior valor (5,48). O escore médio do atributo primeiro contato foi o mais bem avaliado pelos usuários, considerando-se o instrumento Vigitel avaliação (7,09).

Ainda há uma discussão importante na APS sobre os atributos da APS, com grande consenso entre os estudos: ainda há um grande problema no processo de estruturação da APS no Brasil, com a maioria das ESF estando no nível médio de estruturação. O atributo coordenação do cuidado apresenta os piores resultados e persiste um quadro importante de distribuição não equitativa quanto ao processo de estruturação da APS no Brasil, com os melhores indicadores situando-se na Região Sudeste.

No artigo dois, devido à sequencialidade do estudo misto, foi possível identificar, no cotidiano dos profissionais das EqAB, o desenvolvimento das ações de SM, como a literatura contribuía para o processo de construção do conhecimento e ainda como nosso estudo produzia novidades sinalizadas pela literatura, ou seja, onde estamos inseridos no processo de responder nossos questionamentos sobre a inserção das práticas de SM na APS e como o fato de apresentar melhor estrutura da APS pode contribuir para melhoria da assistência em SM.

Ao evidenciar os significados da visita domiciliar e a presença dos profissionais de saúde nas escolas, o estudo permite dizer, com propriedade, que os esforços adicionais que as EqAB necessitam fazer, conforme apontado pelos estudos, estão contemplados nos municípios estudados. Assim, quando esses profissionais conseguem ir além das complexidades específicas da área e identificam, nesses cenários, as possibilidades reais para produção de saúde com maior excelência, eles não só produzem uma assistência de qualidade, mas nos mostram, por suas efetivas ações, que realmente é possível redirecionar o modelo de atenção à saúde para os espaços até então pouco explorados e timidamente evidenciados pela literatura.

Nessa mesma direção, o artigo evidencia o esforço dos profissionais para efetivarem a continuidade do cuidado à pessoa em sofrimento mental. Assim, foi possível identificar como os diversos dispositivos disponibilizados são utilizados no sentido de compor a rede de cuidados em cada município. Aqui, temos um consenso entre o que encontramos na literatura e nas práticas cotidianas dos trabalhadores da saúde, sendo necessário atuar em redes de serviços para que o cuidado se efetive com qualidade e eficácia. Isso também nos permite refirmar o fato de que, ao inserir de ações de SM no nível primário, tem-se a possibilidade de efetivação da própria PNSM.

Contudo, é importante ressaltar que a realidade encontrada nos municípios também apontou alguns indícios para a preservação do estigma de exclusão da pessoa em sofrimento

mental. Quando os participantes trazem, em suas falas, a confirmação dessa realidade, nós somos automaticamente remetidos ao fato encontrado na literatura nacional e internacional de que as questões de SM ainda necessitam ser abordadas de uma forma mais incisiva e objetiva, justificando a capacitação não apenas dos profissionais, mas, também, dos familiares e cuidadores das pessoas que são acometidas por alguma forma de transtorno psíquico.

O estudo evidenciou importantes lacunas, como a ausência de classificação do risco dos TM, ausência de manejo para redução de psicotrópicos e falhas na configuração do CAPS (ausência de AM, deficiências para contra-referência e atuação como centro da atenção). Os resultados imediatos dessas lacunas são refletidos na assistência prestada para as pessoas em sofrimento mental. Assim, as experiências exitosas evidenciadas pela literatura e comprovadas por este estudo reafirmam a importância da inserção de ações de SM na APS e, mais do que isso, da utilização da promoção em saúde direcionada para as pessoas em sofrimento mental. Com isso, podemos afirmar que não basta que a APS esteja estruturada, é necessário que o CAPS assuma seu papel e veja a ESF como centro regulador do cuidado como afirma amplamente a literatura.

Transitar nos cenários de estruturação da APS e da qualidade de assistência prestada na área da SM nos permitiu evidenciar que, apesar de grandes evoluções em ambos, o nível primário ainda carece de importantes investimentos para se caracterizar como o centro coordenador da rede de saúde. Além disso, a SM necessita ser absorvida pela APS, de maneira que as questões de SM sejam absorvidas de forma semelhantes às demais patologias já tratadas pelas ESF, caso realmente almejamos efetivar um sistema de saúde de forma universal e com garantia dos direitos fundamentais já definidos na PNSM.

Por fim, vale ressaltar que as experiências utilizadas como promoção da saúde para as pessoas em sofrimento mental na APS (grupos de caminhada, dança, bordado, dentre outros) e utilização de dispositivos (conselhos locais de saúde, polícia militar e ministério público) para formação da rede de serviços se configuram como práticas não institucionalizadas que demonstram o enorme interesse dos trabalhadores da APS para prestarem uma assistência de qualidade, mesmo na ausência de capacitações, infraestrutura e suporte do CAPS. É a partir disso que podemos afirmar que vale os esforços adicionais para superar o desafio em inserir ações de SM na APS, pois, assim, há possibilidades reais de garantia dos direitos e efetivação prática de um sistema de saúde universal e resolutivo.

10. Referências

10.1 Referências artigo 1

1. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e165. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>
2. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi MAPS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*, mai. 2017; 20 suppl 1: 191-204.
3. Mulvaney-Day N, Marshall T, Downey Piscopo K, et al. Screening for Behavioral Health Conditions in Primary Care Settings: A Systematic Review of the Literature. *J GEN INTERN MED* 33, 335–346 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4181-0>
4. Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, n.4, p.1022-1034, 2012.
5. Moliner J, Lopes SMB. 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.
6. Rocha BS da, Werlang MC. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11):3291-3300, 2013.
7. Gerbaldo TB, Arruda AT, Horta BL, Garnelo L. Avaliação da organização do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde do Brasil. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.079-1.094, set./dez. 2018.
8. Silva Filho JÁ, Bezerra AM. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* V.12, N. 40. 2018 - ISSN 1981-1179 Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 31 jan. 2020.
9. Frateschi MS, Cardoso CL. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico (Porto Alegre)*, 2016; 47(2), 159-168.
10. Medrado ACC, Cruz MG, Baião JJ, Souza MA, Araújo PS. Os laços e nós de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.27, p.53-70, 2018.
11. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2014; 18(48):61-74.

12. Correia VR, Barros S, Colvero L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1501-6.
13. Machado DK de S, Camata MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 224-32.
14. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA da, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7):2157-2166, 2013.
15. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Novos Caminhos*, n.12. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br. Acesso em: 17 jan. 2020.
16. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB, 2012. *Saúde em Debate*, v. 38, n. especial, 2014.
17. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MAC, Santos AF, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública*, 2018; 34(2):e00201515.
18. Cavalli LO, Rizzotto MLF, Guimarães ATB. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. *Saúde Debate | Rio de Janeiro*, v. 40, n. 111, p. 87-100, out-dez 2016.
19. Santos AB, Silva GG, Pereira MER, Brito RS. Saúde Mental, Humanização e Direitos Humanos. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.25, p.01-19, 2018.
20. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):2067-2074, 2018.
21. Silva SS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.35, n.2, 2019.
22. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar OS, Prates LL, Mendonça E T, Costa GD, Cotta RMM. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

23. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out. 2014.
24. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Introdução. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 29-47.

10.2 Referências artigo 2

- 1 – Knudsen AK, Harvey SB, Mykletun A, Overland S. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2013 Apr;127(4):287-97. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x. Epub 2012 Jul 7. PMID: 22775341.
- 2 - Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. Comissão Lancet sobre saúde mental global e desenvolvimento sustentável. *The Lancet*. 2018; 392(10157): 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- 3 - Fernandes L, Basílio N, Figueira S, Nunes JM. Saúde Mental em Medicina Geral Familiar – obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2017; 22(3): 797-805.
- 4 - Organización Mundial De La Salud. mhGAP. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: OMS; 2009.
- 5 - Amarante P, Nunes M de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6): 2067-2074.
- 6 - Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. 2017; 27 (2): 255-276.
- 7 - Fredheim T, Danbolt LJ, Haavet OR, Kjønsgberg K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst* 5. 2011; 5:13. DOI:10.1186/1752-4458-5-13.
- 8 - Souza MLP. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016; 25(2): 405-410.
- 9 - Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6): 1501-1506.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.

10 - Frateschi MS, Cardoso CL. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico* (Porto Alegre). 2016; 47(2): 159-168.

11 - Delfini PSS, Sato MK, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(Supl. 1): 1483-1492.

12 - Byng R, Norman I, Redfern S, Jones R. Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health: case study of a process evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 274. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-274>.

13 - Perkins D, Hamilton M, Saurman E, Luland T, Alpren C, Lyle D. GP Clinic: Promoting access to primary health care for mental health service clients. *Aust J Rural Health*. 2010; 18; 217–222. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01159.x>

14 - Laukkanen E, Hintikka JJ, Kylmä J, Kekkonen V, Marttunen M. A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. *BMC Health Serv Res* 10. 2010; 10:261. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-261>.

15 - Kessler R. Mental Health Care Treatment Initiation When Mental Health Services Are Incorporated Into Primary Care Practice. *J Am Bourd Fam Med*. 2012; 25(2): 255-9. DOI: 10.3122/jabfm.2012.02.100125.

16 - Bispo MS, Godoy AS. A etnometodologia enquanto caminho teórico-metodológico para investigação da aprendizagem nas organizações. *Rev Adm Contemp*. 2012; 16(5): 684-704. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552012000500004>.

17 - Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018; Fev [citado 2020 Dez 02]; 71(1): 228-233. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100228&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.

18 - Martínez-Guzmán A, Stecher A, Íñiguez-Rueda L. Aportes de la psicología discursiva a la investigación cualitativa en psicología social: análisis de su herencia etnometodológica. *Psic USP*. 2016; 27(3): 510-520. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150046>.

19 - Rawls AW. Os Estudos de etnometodologia de Garfinkel: uma investigação sobre os alicerces morais da vida pública moderna. *Soc Estado*. 2018; 33(2): 443-464.

<https://dx.doi.org/10.1590/s0102-699220183302008>.

20 - Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55): 1121-32.

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

22 - Souza AC, Amarante PD, Abrahão AL. Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(6): 1677-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>.

23 - Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55): 1089-1100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>.

24 - Carvalho SR, Andrade HS, Marçon L, Costa FD, Yasui S. Nosso “futuro psiquiátrico” e a (bio)política da Saúde Mental: diálogos com Nikolas Rose (Parte 4). *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e190732. <https://doi.org/10.1590/Interface.190732>.

25 - Peres GM. Limites e Desafios da Rede de Atenção Psicossocial na Perspectiva dos Trabalhadores de Saúde Mental. *Cad Bras Saúde Ment*. 2018; 10(27): 34-52.

26 - Silva JDG, Aciole GG, Lancman S. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a ‘loucura’ do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63): 881-92.

27 - Silva Filho JA, Bezerra AM. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *Id on Line - Rev Mult Psic*. 2018; 12(40): 613-627. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>.

28 - Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface (Botucatu)* [Internet]. Setembro de 2016 [citado em 08 de dezembro de 2020]; 20 (58): 625-635. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-832016000300625&lng=en. Epub 17 de maio de 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>

29 - Onocko-Campos RT, Vianna D, Diaz AV, Emerich B, Tape T, et al. Estudos de Saúde Mental publicados nos últimos 25 anos na Revista Ciência e Saúde Coletiva. *Ciê Saúde Colet* [periódico na internet] (2020/Aug). [Citado em 08/12/2020]. Disponível em: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/estudos-de-saude-mental-](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/estudos-de-saude-mental-publicados-) publicados-

nos-ultimos-25-anos-na-revista-ciencia-e-saude-coletiva/17725?id=17725.

30 - Furtado RP, Sousa MF, Martinez JFN, Rabelo NS, Oliveira NSR, Simon WJ. Desinstitucionalizar o cuidado e institucionalizar parcerias: desafios dos profissionais de Educação Física dos CAPS de Goiânia em intervenções no território. *Saúde Soc* [online]. 2017; 26(1): 183-195. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-2902017000100183&lng=pt.

<https://doi.org/10.1590/s0104-12902017169101>.

10.3 Referências Finais

ABREU, D. M. X. et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 67-80, set. 2018.

AMARANTE, P. D. de C. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 16, 493-545, 2012.

AMARANTE, P. NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 2067-2074, 2018.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, vol 1, n. 1, jan.-abr. 2009 .

ANDRADE, A. P. M. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, 2017; 21(63): 811-21.

ANGELINI, C. R; CACCIA-BAVA, M. C. G. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. 2015; 10(36)1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1033](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1033). Acesso em: 31 jan. 2019.

ARISTIDES, J. L.; CARVALHO, B. G.; BALLESTER, D. A. P. O cuidado aos usuários com transtorno mental em tratamento com medicação de depósito: percepções da equipe saúde da família. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 34, n. 1, p. 03-14, jan./jul. 2013.

BARROS S. et al. Estratégia de saúde da família e saúde mental: inclusão social no território? *J Nurs Health*. 2015;5(2):82-95.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*. jan.-jun. 2011, Vol. 12, No. 1,

pp. 66-78.

BELO HORIZONTE (MG). Lei nº 11.138, de 23 de outubro de 2018. Institui, no Município, o evento Janeiro Branco, dedicado à realização de campanha e de ações educativas para a promoção e a difusão da saúde mental. Diário Oficial do Município – DOM. Ano XXIV - Edição n.: 5640. Belo Horizonte: Gabinete do Prefeito [2018]. Disponível em: [www.http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1202181](http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1202181).

Acesso em: 18 fev. 2019.

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2014; 18(48): 61-74.

BISPO, M. de S.; SCHMIDT, A. G. Etnometodologia: uma proposta para pesquisa em estudos organizacionais. *Revista de Administração da UNIMEP*, vol. 12, num. 2, maio-ago. 2014, pp. 108-135. Universidade Metodista de Piracicaba: São Paulo.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 725-731, 2006.

BONADIMAN, C.S.C. et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: estudo de carga global de doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol* mai 2017; 20 Suppl 1: 191-204.

BONFIM, I. G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.287-300, abr./jun. 2013.

BONFIM, I.G. et al. Matrix support in mental health in primary health care: a review of scientific papers and official documents. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.287-300, abr./jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Programa Médicos pelo Brasil; Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica; Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da

Saúde, 2015. 548 p.: il. (Caderno HumanizaSUS ; v. 5).

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, 2013a. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). A

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 38 p.: il. B

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 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). Brasília. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretária de Atenção a Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf [Links]. Acesso em: 20 fev

2019.

BRASIL. Lei Nº 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: <http://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

BYNG, R. et. al. Exposing the key functions of a complex intervention for shared care in mental health: case study of a process evaluation. *BMC Health Services Research* 2008, 8:274.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10): 2797-2805, 2013.

CARVALHO, M. F. A. A. et al . Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 51, e 03295, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100479&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Mai. 2020.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al . QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935-947, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2019.

CHAN, W. S. A multidisciplinary primary care team consultation in a socio-economically deprived community: an exploratory randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 2011. 11(15). <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-15>. Acesso em: 10 de mar. 2019.

CHAVES, L. A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública*, 2018; 34(2): e 00201515.

CHIAVAGATTI, F.G. et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):11-17.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (4.: Brasília:2010) . Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental –Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

Disponível

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf.

Acesso em: 14 mar. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (3.: Brasília:2001). Relatório Final da III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001. 68 p.: il – (Série D. Reuniões e Conferências; n. 15). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2.: Brasília : 1992) Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 de jan. 2019.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (1.: Brasília: 1987) Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 1988. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 12 mar. 2019.

CONFERÊNCIA REGIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA DENTRO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE, 1990, Caracas. Anais [...]. Caracas: Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde, 1990.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018 (Recomendação 001 de 31 de janeiro de 2018). <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf> acesso: em 02, fev. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica:

prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6): 1501-6.

COSTA, M. da G. S. G. da; FIGUEIRO, R. de A.; FREIRE, F. H. M. de A. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v.22, n. 4, p. 839-851, dez. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2014000400013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2019.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. *Pesquisa de Métodos Mistos. Série de Métodos Pesquisa*. 2.ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2015.

DAL-FARRA, R. A.; LOPES, P. T. C. *Métodos Mistos de Pesquisa em Educação: Pressupostos Teóricos. Nuances: estudos sobre Educação*, v. 24, n. 3, 15 dez. 2013.

DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. de S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [2]: 621-639, 2012.

DANTAS, N. F.; PASSOS, I. C. F. Apoio Matricial em Saúde Mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 201-220, jan./abr. 2018.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1483-1492, 2009.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. da. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 2007.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. Chicago, v.114,n.11,p.1115-1118, nov. 1990.

ESCUDEIRO, C. C.; SOUZA, M. de L. A. S. Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: mudança do Modelo de Atenção na Região de Lins-SP. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1, 2009.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde em Debate*, v. 38, n. especial, 2014.

FERNANDES, L. et al. Saúde Mental em Medicina Geral Familiar – obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3): 797-805, 2017.

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

FIORAMONTE, A. et al. Cuidado à Pessoa com Transtorno Mental e sua Família: atuação do enfermeiro na ESF. *Cienc Cuid Saude*, 2013 Abr/Jun; 12(2): 315-322.

FLÔRES, G. M. da S. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 42, N. 116, p. 237-247, jan-mar 2018.

FONSECA SOBRINHO, D. et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 38, nº. Especial, p. 83-93, out. 2014.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, Dec. 2014.

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.

FRATESCHI M. S.; CARDOSO C.L. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico*, 2016; 47(2),159-168. DOI: 10.15448/1980-8623.2016.2.22024.

FREDHEIM, T. et al. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst*. 2011,5:13. DOI:10.1186/1752-4458-5-13.

FREDHEIM, Terje; et al. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Internacional Journal of Mental Health Systems*. 2011,5:13. DOI:10.1186/1752-4458-5-13.

FURTADO, J. P. Arranjos Institucionais e Gestão da Clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cad. Bras. Saúde Mental*, vol 1, n.1, jan-abr. 2009a.

FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, G. W. S. et. al (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009b.

GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da Organização do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde do Brasil. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.079-1.094, set./dez. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. Contribuições dos Estudos do PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. et al (org). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, – p. 569-609.

GIOVANELLA L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(11): 1-19, nov, 2014.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas na atenção primária à saúde em países europeus. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care*, v. 5, n. 1, p. 101–113, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. *Atenção Primária à Saúde*. In: GIOVANELLA, L.; NORONHA J. C. de; CARVALHO, A. I de. (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª ed., cap. 16, 493-545, 2012.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, mai. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000500008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2019.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2015. *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015). Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability 1990-2015*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016.

GODOI, C. K. Grupo de Discussão como Prática de Pesquisa em Estudos Organizacionais. *RAE-Revista de Administração de Empresas | FGV/EAESP*. São Paulo | v. 55 | n. 6 | nov-dez 2015 | 632-644.

GONÇALVES, A. de O; SILVA, J. de F. S. da; PEDROSA, J. I. dos S. Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado conselho: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil. *Saúde para Debater*. Rio de Janeiro, n.43, p.96-105. 2008.

GOULART, M. S. B. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8 (2), Edição Especial, dez., 2015,194 – 213.

GRYSCHKEK G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(10):

3255-3262. DOI: 10.1590/1413-812320152010.13572014.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987.

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

JORDÃO, T.; PERGENTINO, E. F. Mudanças na Cultura do Cuidado em Saúde Mental e as Repercussões para Adesão ao Tratamento. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.27, p.71-101, 2018.

JUNQUEIRA, M. A. de B; PILLON, S. C. A Assistência em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma Revisão de Literatura. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2011 abr/jun; 1(2):260-267.

KESSLER, R. Mental Health Care Treatment Initiation When Mental Health Services Are Incorporated Into Primary Care Practice. *JABFM* March–April 2012 Vol. 25 n. 2.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et. al (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

LAUKKANEN, E. et al. A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. *BMC Health Services Research* 2010, 10:261.

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

LEVITT, C. A. et al. Refinement of indicators and criteria in a quality tool for assessing quality in primary care in Canada: a Delphi Panel study. *Fam Pract* 2014; 31 (5): 607-621. doi: 10.1093/fampra/cmu021

LIMA, J.G. et al. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Novos Caminhos*, n.12. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, jul. 2016. Disponível em: www.regiaoeredes.com.br. Acesso em: 10 mar. 2019.

LIMA, J.G. et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate | Rio de Janeiro*, vol. 42, Número especial 1, p. 52-66, Setembro 2018; Doi: 10.1590/0103-11042018S104. Acesso em 10 mar 2019.

LOBOSQUE, A. M., & Souza, M. E. (Orgs.). (2006). *Atenção em Saúde Mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde. Recuperado em 25 de outubro de 2018, de:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2): 4590-4602, 2011.

MACEDO, J. P. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Soc. São Paulo*, v.26, n.1, p.155-170, 2017.

MACHADO, D. K. de S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 224-32.

MACIEL, M. de A. Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. Resenha: Passos I. C. F. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 244 p. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(9): 1863-1865, set, 2010.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 327– 338, fev. 2016.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, v. 29, n. 2 (87) | mai/ago. 2018.

MARTIN J. L. et al. Physical health indicators in major mental illness: analysis of QOF data across UK general practice. *Br J Gen Pract* 2014; 64 (627): e649-e656. DOI: 10.3399/bjgp14X681829.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out 2014.

MEDRADO, A. C. C. et al. Os Laços e Nós de uma Rede de Atenção Psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.27, p.53-70, 2018.

MENDENHALL, E. et al. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Social Science & Medicine* 118 (2014) 33, 42.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Introdução. In: MENDONÇA, M. H. M. et al (org). Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, p. 29-47.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. Saúde Debate. Rio de Janeiro. 2015, v.39, n.107,p.984-996.

MIELKE, F. B.; COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. O Conselho Local de Saúde e a Discussão das Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 abr-jun; 21(2): 387-94.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde, 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 18, n. 1, p. 151-160, jan./abril 2013.

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.

MORAIS, A. P. P.; 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.

MOURA, R.M.B; PASSOS, I.C.F; O desfile do 18 de maio em Belo Horizonte (MG): análise do processo de sua construção. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 133-145, jan./jun. 2012.

MELO NETO, A.J. BARRETO, D.S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2019 Jan-Dez;14(41):2162. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2162](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2162).

NETO, J. L. F. Passos, I.C.F. Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Livros. Comunicação Saúde Educação v.14, n.35, p.967-9, out./dez. 2010.

NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, out-dez. 2014.

OLIVEIRA, G. L.; CAIAFFA, W. T.; CHERCHIGLIA, M. L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública

2008; 42(4):707-16.

OLIVEIRA, W. F. de; PADILHA, C. dos S.; OLIVEIRA, C. M. de. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 587-596, out./dez. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out. 2014.

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

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4643-4652, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Manual MI-GAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde. BERTOLOTE, J. M.(tradução). Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: OMS; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. Editor da versão portuguesa: Alto Comissariado de Saúde, Ministério da Saúde: Lisboa, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; Organização Panamericana de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. 30 Anos de SUS. Que SUS para 2030? Relatório de Pesquisa: Cenários e Desafios do SUS Desenhados pelos Atores Estratégicos. Brasília – DF: 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, Organização Mundial da Saúde.

<https://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/portifolio%20opas%202016%20web%201.pd f?ua=1>. Acesso em: 17 de jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, Organização Mundial da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor; 66ª Sessão do comitê regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas. Resolução CD53/5, Rev.2; 2014.

PARANHOS, R. Uma introdução aos métodos mistos. Interface. Sociologias, Porto Alegre, ano 18, n. 42, mai/ago 2016, p. 384-411.

PERES, G. M. Limites e Desafios da Rede de Atenção Psicossocial na Perspectiva dos Trabalhadores de Saúde Mental. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.27, p.34-52, 2018.

PERILLO, R.D. et. al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. Rev Bras Epidemiol, 2020; DOI: 10.1590/1980-549720200013.supl.1. Acesso em jan 2021.

PERKINS, D. GP Clinic: Promoting access to primary health care for mental health service clientes. Australian Journal of Rural Health (2010) 18, 217–222. ajr_1159

PETERSEN, I. et al. Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. International Journal of Mental Health Systems 2011, 5:8.

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

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [2]: 255-276, 2017.

PRATES, M. M. L.; GARCIA, V. G.; MORENO, D. M. F. C. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p.642-652, 2013.

PRATES, M. L. et al . Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1881-1893, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232017002601881&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2021.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>. Acesso em jan. 2021

PROTÁSIO, A. P. L.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-9. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(34\)868](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(34)868). Acesso em: 25 jan. 2019.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7):2157-2166, 2013.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: Análise das Conferências Nacionais Brasileiras. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2007, 27 (4), 680-693.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface - Comunic. Saude, Educ.,v.15, n.37, p.519-27, abr./jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jan. 2019.*

RAWLS; A. W. Os Estudos de etnometodologia de Garfinkel: uma investigação sobre os alicerces morais da vida pública moderna. AIRES JÚNIOR, D. de S.(tradução). *Revista Sociedade e Estado – v. 33, n.2, mai-ago. 2018.*

REVORÉDO, L. da S. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2015 jan-mar; 22(2) XX-XX.

RIBEIRO, M. O. P.; CACCIA-BAVA, M.C.G.G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na estratégia saúde da família: recursos não reconhecidos. *Psicologia USP, São Paulo*, 2013 24(3), 369-390.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4623-4633, 2011.

ROCHA, H. A. et al. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Rev Saúde Pública*. 2018; 52:17.

ROCHA, B. S. da; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11): 3291-3300, 2013.

- ROZADOS, H. B. F. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. Em *Questão*, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 64-86, set/dez. 2015.
- SALAZAR, B. A.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3): 783-796, 2017.
- SANTOS, A. B. et al. Saúde Mental, Humanização e Direitos Humanos. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.25, p.01-19, 2018.
- SARVET, B.; GOLD, J.; STRAUS, J. H. Bridging the divide between child psychiatry and primary care: The use of telephone consultation within a population-based collaborative system. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(1), 41-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2010.08.009>. Acesso em: 14 mar. 2019.
- SCARATTI, D.; CALVO, M. C. M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-455, June 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000300006&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 20 jan. 2019.
- SILVA FILHO, J. A. da; BEZERRA, A. de M. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* v.12, n. 40. 2018 - ISSN 1981-1179 Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 31 jan. 2019.
- SILVA, J. D. G; ACIOLE, G. G.; LANCMAN, S. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a 'loucura' do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63): 881-92.
- SILVA, N. C. da; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2014 mar-abr; 67(2): 274-81.
- SILVA, N. dos S.; MELO J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos Serviços de Assistência em Saúde Mental brasileiros: Revisão Integrativa da Literatura. *remE – Rev. Min. Enferm.*;16(2): 280-288, abr./jun., 2012.
- SILVEIRA, D. P. da; 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.
- SILVEIRA, E. R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2377-2386, 2012.

SIMOU, E. et al. Quality indicators for primary health care: a systematic literature review. *J Public Health Management Practice*, 2013, 00(00), 1–9.

SOUZA, J.; LUIS, M. A. V. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(6): 852-8.

SOUZA, M. L. P. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 25(2): 405-410, abr-jun. 2016.

SOUZA, A.J.F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2007 jul-ago; 60(4): 391-5.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

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.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TEIXEIRA, M. O. L.; RAMOS, F. A. de C. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, jun. 2012.

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

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saúde Pública* 2017;51:19.

VANEGAS MEDINA, C. R.; DE LA ESPRIELLA GUERRERO, R. A. La institución psiquiátrica en Colombia en el año 2025. Investigación con método Delphi. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2015; 14(29): 114-135. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.ipci>. Acesso em: 11 mar. 2019.

VENTEVOGEL P. Integration of mental health into primary healthcare in low-income countries: Avoiding medicalization. *Int Rev Psychiatry.* 2014,26(6):669-79. DOI: 10.3109/09540261.2014.9660672014.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços

residenciais terapêuticos. J Bras Psiquiatr. 2008; 57(1): 70-79.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Interface - Comunicação Saúde Educação 2015; 19(55):1121-32.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Atlas 2017. Geneva: World Health Organization, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. mhGAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling Up Care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.

World Health Organization. The world report 2001. Mental health new understanding newhope. Geneva: WHO; 2001.

11. APÊNDICES

A – B – C – D – E – F – G



(Apêndice A)

“TABELA DE PERGUNTAS RELACIONADAS AOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS”

Objetivo: Identificar a qual Atributo da APS as questões do PMAQ-AB estão relacionadas, para saber qual(is) Atributo(s) tem mais peso na nota final de certificação da USB.

Observação: O juiz avaliador deverá marcar com um “X” em cada linha, a qual atributo a questão está relacionada.

QUESTÕES DO PMAQ-AB		Primeiro Contato	Longitudi Nalidade	Integra lidade	Coorde nação	Não se Aplica
Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica	Possui ou está em formação complementar? (se o respondente for o profissional médico)					
	Possui quais processos de formação? (Especialização, Residência, Mestrado, Doutorado)					
	Possui quais processos de formação? (se o respondente for o profissional enfermeiro)					
	Possui quais processos de formação? (se o respondente for outro profissional de nível superior)					
Vínculo	Qual é o seu agente contratante?					
	Qual o seu tipo de vínculo?					
	Qual a forma de ingresso?					
Plano de Carreira	Tem plano de carreira?					
Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?					
	Qual(is) ação(ões) a equipe participa? (seminários, telessaúde, cursos presenciais, outros)					
	A equipe utiliza o Telessaúde para (segunda opinião, teleconsulta, telediagnóstico, etc.)					
	De que forma é realizada a teleconsultoria?					
	A equipe utiliza qual plataforma para o Telessaúde?					
	A equipe utiliza com que frequência o 0800 do Telessaúde?					
	Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800?					
	Por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde?					
	As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?					
A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?						

		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica
	As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade?					
Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?					
	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?					
	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?					
	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?					
	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?					
	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?					
	A sua equipe já participou do PMAQ?					
	Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?					
	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?					
	Qual o instrumento utilizado?					
Apoio Institucional E Apoio Matricial(AM)	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?					
	Esse apoio foi por indução do PMAQ?					
	Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?					
	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?					
	Os profissionais que realizam o Apoio Matricial são	Do NASF – CAPS				
	Especialistas da Rede - Vigilância em Saúde					
	Profissionais de outra modalidade de Apoio Matricial					
	Pólo de Academia da Saúde – Centro de Especialização e Reabilitação					
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica
Territorialização e População de Referência da Equipe de	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?					
	Existe definição da área de abrangência da equipe.					
	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?					
	Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?					
	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência ?					

Atenção Básica	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?						
Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	Os prontuários dos usuários da equipe de Atenção Básica estão organizados por núcleos familiares?						
	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?						
	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?						
	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?						
	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?						
	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?						
	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?						
	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?						
	Qual o tipo de prontuário?						
	A equipe teve capacitação para utilização do sistema?						
	A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)?						
	A equipe é responsável pela transmissão dos dados do e-SUS?						
A equipe gerou a senha de acesso para a transmissão dos dados do e-SUS?							
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica	
Acolhimento à Demanda Espontânea	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?						
	Em que local é realizado o acolhimento?						
	Em quais turnos é realizado o acolhimento?						
	Quantos dias por semana acontece?						
	A equipe realiza forma de acolhimento "conjunto" com outra equipe da Unidade Básica de Saúde?						
	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?						
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações?	Queixas mais frequentes em idoso, Adulto e Criança					
		Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico					
		Traumas e acidentes – Dengue – Problemas respiratórios					
		Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação					
		Crise de asma – Crise Hipertensiva – Crise Convulsiva – Dor torácica					
		Hiperglicemia em diabéticos – Casos suspeitos de Dengue - Nefrolitíase					
	A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?						
	Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?						
Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?							
Como os usuários são agendados?							
O agendamento pode ser feito: Presencial – Por telefone – Pela internet							

Acolhimento à Demanda Espontânea	Sobre as ofertas disponíveis ao usuário quando ele busca a unidade de saúde:	Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?					
		Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta?					
		A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?					
	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?						
	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário?						
	Qual?	Ambulância do SAMU					
		Ambulância do serviço móvel próprio					
Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?							
			Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica
Organização da agenda	A agenda dos profissionais está organizada para a realização das ações de:	Visita domiciliar – Atividade comunitária					
		Grupos de educação em saúde					
		Consultas para cuidado continuado					
		Acolhimento à demanda espontânea					
	Para quais grupos a equipe oferta ações?	Gestantes, Crianças, Mulheres, Usuários de Tabaco- álcool e outras drogas, Pessoas com obesidade, Idosos, Escolares, HAS, DM, Asma, DPOC					
	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas						
	Existente reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?						
Existente reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?							
A equipe realiza encaminhamento dos usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta?							
			Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica
Atenção à Saúde	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis:	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário					
		A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário					
		A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas					
		O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe					
	A equipe possui o registro do seu território:	De todas as gestantes					
		Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero					
		Das mulheres elegíveis para exame de mamografia					
		Das crianças até dois anos					
		Das pessoas com hipertensão					
Das pessoas com diabetes							
Das pessoas com DPOC/Asma,							

Agendamento de Consultas Especializadas	A equipe programa oferta de consultas para quais situações?	Pre-natal						
		Hipertensão arterial sistêmica						
		Diabetes mellitus						
		Obesidade						
		DPOC/Asma						
		Transtorno mental						
		A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco?						
	A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado?							
	Mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?							
	A equipe realiza busca ativa?							
	Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?							
			Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica	
Solicitação de exames pela equipe de AB e realizados pela rede de serviços de saúde	Quais exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde?							
	Quais exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal?							
Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?							
	Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário (cirurgia, cardiologia, oftalmologia, etc).(exames: mamografia e US).							
	Na maioria das vezes o encaminhamento da Equipe é realizado através de central de regulação?							
Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	Quais exames são realizados/coletados na unidade?							
	A equipe de atenção básica realiza procedimentos básicos ?							
	Profissional(is) realiza(m) exame citopatológico?							
Atenção ao Pré-natal, Parto e	A equipe de saúde da Atenção Básica alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?							
	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?							
	Há registros do acompanhamento das gestantes?							
	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?							
	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para							

Puerpério	intervenções necessárias?					
	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?					
	A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?					
	Quais são ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?					
	Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto?					
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica
Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?					
	Utiliza a caderneta da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?					
	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?					
	Há registros dos acompanhamentos das crianças do território?					
	A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?					
	Avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?					
	A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”?					
	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe de saúde evita tais práticas?					
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica
Atenção à Pessoa com Obesidade	A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos usuários (gestantes, crianças menores 2 anos, etc).					
	A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?					
	Após a identificação de usuário adulto com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²), a equipe realiza as condutas necessárias?					
Atenção à Pessoa com Tuberculose	A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?					
	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?					
	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano?					
	A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?					
	Dos casos acompanhados no último ano, qual foi a frequência de cura?					
	Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade?					
	A equipe realiza tratamento diretamente observado(TDO)?					

	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)?						
	A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose?						
Atenção à Pessoa com Hanseníase	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?						
	A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?						
	Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?						
	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário?						
	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento?						
	A equipe de saúde realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase?						
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica	
Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?						
	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?						
	Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?						
	Utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?	Consulta específica com tempo maior					
		Registro da história de vida					
		Oferta de algum tipo de atendimento em grupo					
		Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou AM)					
	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?						
	Possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.						
	Possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?						
Realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?							
Possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos de um modo geral?							
Realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?							
Atenção à Pessoa com Deficiência	Possui registro do número de usuários com deficiência?						
	Possui registro de usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção?						
	Qual o tipo? (Aparelho auditivo – Cadeira de rodas – Membros superiores e inferiores)						
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica	
	Oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?						
	Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos?						
	Realiza quais práticas integrativas que não estão contempladas na Política Nacional de						

Práticas Integrativas e Complementares	Práticas Integrativas e Complementares?						
	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?						
	A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?						
	Realiza atividades de educação em saúde abordando:	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica.					
Promoção da Saúde	Oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:	Gestantes, Planejamento Familiar, Idosos, Homens, Mulheres, Alimentação saudável, Saúde sexual e saúde reprodutiva, Dependência química, etc.					
	Incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território Práticas corporais e Atividades Físicas?						
Programa Bolsa-Família	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?						
	Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?						
			Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica
Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?						
	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?						
	Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?						
	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?						
	No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam (Atendimento clínico e de Enfermagem)?						
	A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?						
Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?						
	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?						
	Quais os canais de comunicação disponibilizados?	Telefone da Unidade, da Ouvidoria. E-mail, Site disponível para o usuário, livro, caderno, ficha para preenchimento e Relatórios.					
	Há encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal?						
	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?						
	Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular?						
				Primeiro	Longitudi	Integra	Coorde

		Contato	nalidade	lidade	nação	Aplica
Atividades nas Escolas	A equipe realiza atividades na escola?					
	A equipe possui registro das atividades realizadas na escola?					
	A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?					
	Realiza avaliação clínica?	Avaliação: oftalmológica, nutritiva e auditiva, etc				
	A equipe de saúde realiza quais atividades de promoção e prevenção?					
	Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE são encaminhados para oftalmologia e otorrinolaringologia?					
População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	A equipe realiza ações junto à comunidades tradicionais/ assentados/população rural?					
	Para quais as populações que a equipe realiza ações?					
	A equipe atende às comunidades tradicionais/assentados/ população rural?					
	Quais as populações que a equipe atende?					
	Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população?					
	Gestão de casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?					
	Existem cisternas no território de atuação da equipe?					
	Os Agentes Comunitários de Saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?					
A equipe orienta sobre o uso seguro de agrotóxico a população rural do seu território?						
Atenção à Pessoa Tabagista	Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas?					
	A unidade oferece quais medicamentos para o tratamento do tabagismo?					
	A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de: grupos e/ou individual?					
	A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?					
		Primeiro Contato	Longitudi nalidade	Integra lidade	Coorde nação	Não se Aplica
	O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?					
	Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe?					
	Você considera que seria importante outra categoria profissional compor o NASF?					
	Você considera que a atuação do NASF está de acordo com os aspectos: (Realidade epidemiológica e social deste território. Demandas diretas dos usuários)					
	Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas?					
	Indique o que foi discutido neste planejamento (definição de objetivos, funções e atribuições, etc)					
	Como você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe?					
	Como é feito o contato da sua equipe com o NASF?					
Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio?						

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado?					
	Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?					
	Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares?					
	Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe?					
	Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF?					
	Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF?					
	Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?					
	Quais as ações que acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?					
	Os profissionais do NASF realizam ações com crianças, adolescentes, adultos e idosos?					
	Indique em quais áreas o NASF desenvolve atividades com a sua equipe					
	Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF? (resolutividade da AB a partir do NASF)					
	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?					
	Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica	

(Apêndice B)

Consolidado de variáveis ainda não consensualizadas segundo atributos, por especialista - 2018

QUESTÕES DO PMAQ-AB	Primeiro Contato				Longitudinalidade				Integralidade				Coordenação				Não se Aplica			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
NUMERAÇÃO JUÍZES																				

		Pólo de Academia da Saúde – Centro de Especialização e Reabilitação																
		Primeiro Contato			Longitudinalidade			Integralidade			Coordenação			Não se Aplica				
Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?			X	X							X				X		
	Existe definição da área de abrangência da equipe.	X	X	X									X			X		
	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	X	X	X		X							X			X		
	Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?				X											X	X	X
	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência ?	X	X	X												X	X	
	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?	X	X	X										X				X
Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	Os prontuários dos usuários da equipe de Atenção Básica estão organizados por núcleos familiares?	X				X		X	X				X					
	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?	X				X							X	X				X
	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?							X					X			X		X
	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?							X		X		X		X				
	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?					X		X					X					X
	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?							X								X	X	X
	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	X				X		X	X	X			X					
	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?							X	X	X			X	X				
	Qual o tipo de prontuário?							X								X		X
	A equipe teve capacitação para utilização do sistema?							X		X						X		X

	A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?					X		X			X			X	X		X					
	Após a identificação de usuário adulto com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²), a equipe realiza as condutas necessárias?						X			X		X	X	X	X							
Atenção à Pessoa com Tuberculose	A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?							X			X		X		X			X				
	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?			X				X		X		X		X								
	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano?								X		X	X		X		X						
	A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?								X		X	X				X		X				
	Dos casos acompanhados no último ano, qual foi a frequência de cura?								X		X	X		X								
	Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade?								X		X	X		X		X						
	A equipe realiza tratamento diretamente observado(TDO)?			X							X	X		X								
	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)?									X		X	X						X			
	A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose?										X	X	X	X								
Atenção à Pessoa com Hanseníase	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?								X			X		X		X				X		
	A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?			X							X	X		X								
	Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?			X							X	X		X		X						
	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário?									X		X	X				X		X			

	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento?		X					X	X				X								
	A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase?							X	X	X	X										
			Primeiro Contato																		
						Longitudinalidade															
											Integralidade										
															Coordenação						
																				Não se Aplica	
Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?		X	X						X	X		X								
	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?		X	X	X		X	X		X											
	Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?	X	X	X	X																
	Utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?	Consulta específica com tempo maior																			
		Registro da história de vida																			
		Oferta de algum tipo de atendimento em grupo						X	X		X	X	X	X		X					
		Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)																			
	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?			X						X	X		X		X						
	Possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.						X			X	X		X		X						
	Possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?						X			X		X		X		X			X		
Realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?						X			X	X		X		X							
Possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos de um modo geral?						X			X		X		X		X			X			
Realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?									X	X	X	X		X							
Atenção à Pessoa com Deficiência	Possui registro do número de usuários com deficiência?					X			X	X		X		X							
	Possui registro de usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção?					X			X	X		X		X							

	Qual o tipo? (Aparelho auditivo – Cadeira de rodas – Membros superiores e inferiores)									X	X	X		X						X	
		Primeiro Contato	Longitudinalidade				Integralidade				Coordenação				Não se Aplica						
Práticas Integrativas e Complementares	Oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	X	X							X	X	X	X								
	Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos?									X	X	X	X								
	Realiza quais práticas integrativas que não estão contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?									X	X	X	X								
	A gestão oferece alguma atividade/course de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?									X		X		X				X		X	
	A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?				X		X			X					X	X					
	Realiza atividades de educação em saúde abordando:	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos																			
	Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica									X	X	X						X			
Promoção da Saúde	Oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:	Gestantes, Planejamento Familiar, Idosos, Homens, Mulheres, Alimentação saudável, Saúde sexual e saúde reprodutiva, Dependência química, etc.		X				X		X	X	X	X								
	Incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território Práticas corporais e Atividades Físicas?									X	X	X	X								
Programa Bolsa-Família	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?		X		X					X		X		X		X					
	Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?		X							X				X		X	X				
		Primeiro Contato	Longitudinalidade				Integralidade				Coordenação				Não se Aplica						
Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no	A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?		X	X						X	X			X							

Domicílio	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?			X		X		X	X	X		X		X						
	Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?			X		X		X	X		X		X		X					
	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?			X					X	X			X		X					
	No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam (Atendimento clínico e de Enfermagem)?								X	X	X	X								
	A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?			X					X	X		X		X						
Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?			X				X	X										X	
	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?			X				X	X										X	
	Quais os canais de comunicação disponibilizados?	Telefone da Unidade, da Ouvidoria. E-mail, Site disponível para o usuário, livro, caderno, ficha para preenchimento e Relatórios.		X				X	X										X	
	Há encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal?			X				X	X										X	
	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?			X	X			X	X										X	
	Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular?			X				X	X										X	
				Primeiro Contato		Longitudinalidade		Integralidade		Coordenação		Não se Aplica								
Atividades nas Escolas	A equipe realiza atividades na escola?			X	X					X	X	X	X							
	A equipe possui registro das atividades realizadas na escola?					X	X			X	X		X							
	A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?			X			X			X	X		X						X	
	Realiza avaliação clínica?	Avaliação: oftalmológica, nutritiva e auditiva, etc		X					X	X	X	X								

Você considera que seria importante outra categoria profissional compor o NASF?									X	X				X				X	
Você considera que a atuação do NASF está de acordo com os aspectos: (Realidade epidemiológica e social deste território. Demandas diretas dos usuários)										X	X		X	X		X			
Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas?		X								X	X					X			
Indique o que foi discutido neste planejamento (definição de objetivos, funções e atribuições, etc)										X			X	X		X	X	X	X
Como você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe?	X	X								X	X					X			
Como é feito o contato da sua equipe com o NASF?	X	X								X		X			X				
Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio?	X	X		X	X					X	X	X							
O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado?	X	X								X	X	X							
Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?										X	X		X	X		X			
Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares?		X								X	X	X							
Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe?		X								X	X	X							
Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF?		X								X		X	X		X				
Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF?	X	X								X		X	X		X				
Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?	X	X								X		X			X				
Quais as ações que acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?										X	X	X	X						

	Os profissionais do NASF realizam ações com crianças, adolescentes, adultos e idosos?			X X X X		
	Indique em quais áreas o NASF desenvolve atividades com a sua equipe			X X X	X X	X X
	Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF? (resolutividade da AB a partir do NASF)			X X X	X X	
	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?				X X	X X
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica

(Apêndice C)

SEGUNDO “ROUND” DE RESPOSTAS – não consensualizadas**Observação:** As respostas consensualizadas no primeiro “Round” foram retiradas.

QUESTÕES DO PMAQ-AB		Primeiro Contato				Longitudinalidade				Integralidade				Coordenação				Não se Aplica							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
NUMERAÇÃO JUÍZES																									
Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica	Possui ou está em formação complementar? (se o respondente for o profissional médico)										X	X	X									X			
	Vínculo	Qual é o seu agente contratante?	X	X				X		X													X	X	X
	Qual o seu tipo de vínculo?	X	X				X		X						X							X		X	
	Qual a forma de ingresso?	X	X				X		X													X		X	
Plano de Carreira	Tem plano de carreira?						X		X		X	X			X							X			
Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?										X	X	X									X			
	Qual(is) ação(ões) a equipe participa? (seminários, telessaúde, cursos presenciais, outros)										X											X	X	X	X
	A equipe utiliza o Telessaúde para (segunda opinião, teleconsulta, telediagnóstico, etc.)										X	X	X		X	X	X								
	De que forma é realizada a teleconsultoria?										X				X							X	X	X	X
	A equipe utiliza qual plataforma para o Telessaúde?										X				X	X						X			X
	A equipe utiliza com que frequência o 0800 do Telessaúde?						X	X			X	X			X							X			
	As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?										X	X			X	X						X			
	A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?										X	X	X									X			
As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade?										X				X	X	X					X				

		Primeiro Contato			Longitudinalidade			Integralidade			Coordenação			Não se Aplica			
Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?						X			X	X		X	X	X		
	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?			X			X			X	X		X	X	X		
	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?			X			X			X	X		X	X	X		
	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?			X			X		X	X	X	X	X				
	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?			X			X			X	X		X	X	X		
	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?			X			X			X	X		X	X	X		
	A sua equipe já participou do PMAQ?		X				X			X			X		X	X	X
	Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?									X			X	X	X	X	
	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?		X				X			X			X	X	X	X	
Apoio Institucional E Apoio Matricial (AI/AM)	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?		X							X	X	X	X		X		
	Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?		X							X	X		X		X	X	X
	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?									X	X	X	X	X	X		
	Os profissionais que realizam o Apoio Matricial são	Do NASF – CAPS															
Especialistas da Rede - Vigilância em Saúde																	
Profissionais de outra modalidade de Apoio Matricial									X	X	X		X	X	X		
Pólo de Academia da Saúde – Centro de Especialização e Reabilitação																	
		Primeiro Contato			Longitudinalidade			Integralidade			Coordenação			Não se Aplica			

Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?			X	X								X				X			X				
	Existe definição da área de abrangência da equipe.	X	X	X													X			X				
	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	X	X	X		X											X			X				
	Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?				X															X	X	X		
	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência ?		X	X	X															X	X			
Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?	X	X	X														X						X	
Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	Os prontuários dos usuários da equipe de Atenção Básica estão organizados por núcleos familiares?	X				X		X	X								X							
	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?	X				X											X	X					X	
	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?							X									X			X			X	
	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?							X		X			X				X							
	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?					X		X									X						X	
	Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações?							X												X	X		X	
	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?	X				X		X	X	X							X							
	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?							X	X	X			X	X										
	Qual o tipo de prontuário?							X												X			X	
	A equipe teve capacitação para utilização do sistema?							X		X										X			X	
	A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)?							X		X							X			X			X	
	A equipe é responsável pela transmissão dos dados do e-SUS?							X		X							X			X			X	

Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?	X				X							X	X	X	X				
	Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário (cirurgia, cardiologia, oftalmologia, etc).(exames: mamografia e US).	X												X	X	X	X			
		Primeiro Contato				Longitudinalidade			Integralidade				Coordenação						Não se Aplica	
Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	A equipe de saúde da Atenção Básica alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal?						X		X				X			X			X	
	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?				X	X	X	X				X	X							
	Há registros do acompanhamento das gestantes?				X	X	X	X	X			X	X							
	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?							X	X	X	X		X							
	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?				X		X	X	X			X	X	X						
	A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?					X		X	X	X										
	Quais são ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto?					X		X	X	X										
Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto?					X		X					X								
		Primeiro Contato				Longitudinalidade			Integralidade				Coordenação						Não se Aplica	
Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?					X	X	X	X	X	X									
	Utiliza a caderneta da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?						X		X	X			X		X					
	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?				X	X			X						X					
	Há registros dos acompanhamentos das crianças do território?				X	X			X				X		X					
	A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?					X	X		X	X	X									
	Avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?									X	X	X	X	X						

	A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”?							X	X					X	X
	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe de saúde evita tais práticas?							X	X	X					X
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica									
Atenção à Pessoa com Obesidade	A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos usuários (gestantes, crianças menores 2 anos, etc).		X		X			X	X	X					
	A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?				X	X		X			X	X	X		
	Após a identificação de usuário adulto com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²), a equipe realiza as condutas necessárias?					X		X	X	X	X	X			
Atenção à Pessoa com Tuberculose	A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?					X		X	X	X	X			X	
	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?		X		X			X	X	X	X				
	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano?					X		X	X	X	X				
	A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?					X		X	X			X	X		
	Dos casos acompanhados no último ano, qual foi a frequência de cura?					X		X	X	X					
	Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade?					X		X	X	X	X				
	A equipe realiza tratamento diretamente observado(TDO)?		X					X	X	X					
A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)?						X		X	X				X		
Atenção à Pessoa com Hanseníase	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?					X		X	X	X	X			X	
	A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?		X					X	X	X					

		Primeiro Contato			Longitudinalidade			Integralidade			Coordenação			Não se Aplica			
Práticas Integrativas e Complementares	Oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	X	X					X	X	X	X						
	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?								X	X		X		X	X		
	A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?				X	X			X			X	X				
	Realiza atividades de educação em saúde abordando:	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica							X	X	X				X		
Promoção da Saúde	Oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:	Gestantes, Planejamento Familiar, Idosos, Homens, Mulheres, Alimentação saudável, Saúde sexual e saúde reprodutiva, Dependência química, etc.		X			X		X	X	X	X					
Programa Bolsa-Família	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?		X		X				X	X		X	X				
	Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?		X						X			X	X	X			
		Primeiro Contato			Longitudinalidade			Integralidade			Coordenação			Não se Aplica			
Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?		X	X					X	X			X				
	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?		X		X		X	X	X		X		X				
	Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?		X			X			X	X	X		X	X			
	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?		X						X	X			X	X			
	A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?		X						X	X	X		X				

Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?		X				X	X						X			
	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?		X				X	X						X			
	Quais os canais de comunicação disponibilizados?	Telefone da Unidade, da Ouvidoria. E-mail, Site disponível para o usuário, livro, caderno, ficha para preenchimento e Relatórios.		X				X	X					X			
	Há encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal?		X				X	X						X			
	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?		X	X				X	X					X			
	Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular?		X					X	X					X			
			Primeiro Contato				Longitudinalidade		Integralidade		Coordenação				Não se Aplica		
Atividades nas Escolas	A equipe realiza atividades na escola?		X	X					X	X	X	X					
	A equipe possui registro das atividades realizadas na escola?					X	X		X	X		X					
	A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?		X				X		X	X		X			X		
	Realiza avaliação clínica?	Avaliação: oftalmológica, nutritiva e auditiva, etc		X					X	X	X	X					
Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE são encaminhados para oftalmologia e otorrinolaringologia?									X	X	X		X				
População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	A equipe realiza ações junto às comunidades tradicionais/ assentados/população rural?		X	X	X				X					X			
	Para quais as populações que a equipe realiza ações?		X	X					X					X			
	A equipe atende às comunidades tradicionais/assentados/ população rural?		X	X	X		X	X		X			X		X		
	Quais as populações que a equipe atende?		X	X	X		X	X		X				X			
	Gestão de casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?						X			X			X	X	X	X	
	Existem cisternas no território de atuação da equipe?												X	X		X	X
Atenção à Pessoa Tabagista	Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas?		X	X					X	X	X						

	A unidade oferece quais medicamentos para o tratamento do tabagismo?						X			X	X	X	X															
	A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de grupos e/ou individual?						X			X	X	X	X			X												
														Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Não se Aplica										
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?									X		X			X	X					X							
	Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe?						X			X		X					X											
	Você considera que seria importante outra categoria profissional compor o NASF?									X	X						X							X				
	Você considera que a atuação do NASF está de acordo com os aspectos: (Realidade epidemiológica e social deste território. Demandas diretas dos usuários)									X		X				X	X					X						
	Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas?			X						X		X										X						
	Indique o que foi discutido neste planejamento (definição de objetivos, funções e atribuições, etc)									X						X	X					X	X	X	X			
	Como você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe?	X	X							X		X										X						
	Como é feito o contato da sua equipe com o NASF?	X	X							X			X				X				X							
	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio?	X	X			X	X			X		X	X															
	O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado?	X	X							X		X	X															
	Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?									X		X				X	X					X						
	Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares?		X							X		X	X															
	Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe?		X							X		X	X															
	Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF?		X							X			X			X	X				X							

	Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF?	X	X			X	X	X					
	Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?	X	X			X	X		X				
	Quais as ações que acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?					X	X	X	X				
	Indique em quais áreas o NASF desenvolve atividades com a sua equipe					X	X	X	X	X	X	X	X
	Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF? (resolutividade da AB a partir do NASF)					X	X	X	X	X			
	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?						X	X	X	X	X	X	X
		Primeiro Contato		Longitudinalidade		Integralidade		Coordenação		Não se Aplica			

(Apêndice D)

Variáveis Consensualizadas – Final

QUESTÕES DO PMAQ-AB		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Formação e Qualificação dos Profissionais da EqAB	Possui ou está em formação complementar? (se o respondente for o profissional médico)			X	
Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?			X	
	A equipe utiliza o Telessaúde para (segunda opinião, teleconsulta, telediagnóstico, etc.)			X	
	A equipe utiliza com que frequência o 0800 do Telessaúde?		X		
	As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?			X	
	A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?			X	
	As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade?				X
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?			X	
	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?				X
	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?			X	
	A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?			X	

	A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?				X	
	A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?			X		
	Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?				X	
	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?				X	
Apoio Institucional E Apoio Matricial (AI/AM)	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?			X		
	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?				X	
	Os profissionais que realizam o Apoio Matricial são	Do NASF – CAPS				X
		Especialistas da Rede - Vigilância em Saúde				
Profissionais de outra modalidade de Apoio Matricial						
Pólo de Academia da Saúde – Centro de Especialização e Reabilitação						
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	
Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?	X				
	Existe definição da área de abrangência da equipe.	X				
	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	X				
	Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência ?	X				
	Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?	X				
Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	Os prontuários dos usuários da equipe de Atenção Básica estão organizados por núcleos familiares?		X			

	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?		X			
	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?				X	
	Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais?		X			
	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe?		X			
	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?				X	
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	
Acolhimento à Demanda Espontânea	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nessa unidade?	X				
	Em quais turnos é realizado o acolhimento?	X				
	Quantos dias por semana acontece?	X				
	Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea?	X				
	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações?	Queixas mais frequentes em idoso, Adulto e Criança	X			
		Problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico				
		Traumas e acidentes – Dengue – Problemas respiratórios				
		Captação precoce de gestantes e intercorrências na gestação				
		Crise de asma – Crise Hipertensiva – Crise Convulsiva – Dor torácica				
		Hiperglicemia em diabéticos – Casos suspeitos de Dengue – Nefrolitíase				
A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento do usuário?	X					
Quando o usuário não consegue atendimento para o mesmo dia quanto tempo leva para conseguir agendar a consulta?	X					
Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?	X					
Como os usuários são agendados?	X					

	O agendamento pode ser feito: Presencial – Por telefone – Pela internet		X			
	Sobre as ofertas disponíveis ao usuário quando ele busca a unidade de saúde:	Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?	X			
		Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta?				
		A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?				
	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?		X			
	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário?				X	
	Qual?	Ambulância do SAMU			X	
		Ambulância do serviço móvel próprio			X	
	Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?			X		
Organização da agenda	A agenda dos profissionais está organizada para a realização das ações de:	Visita domiciliar – Atividade comunitária	X			
		Grupos de educação em saúde				
		Consultas para cuidado continuado				
		Acolhimento à demanda espontânea				
	Para quais grupos a equipe oferta ações?	Gestantes, Crianças, Mulheres, Usuários de Tabaco- álcool e outras drogas, Pessoas com obesidade, Idosos, Escolares, HAS, DM, Asma.			X	
	A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas				X	
	Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?				X	
Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação?				X		

		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	
A equipe realiza encaminhamento dos usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta?				X		
Atenção à Saúde Agendamento de Consultas Especializadas	Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis:	A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora para o usuário			X	
		A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário				
		A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas				
		O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe				
	A equipe possui o registro do seu território:	De todas as gestantes		X		
		Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero				
		Das mulheres elegíveis para exame de mamografia				
		Das crianças até dois anos				
		Das pessoas com hipertensão				
		Das pessoas com diabetes				
A equipe programa oferta de consultas para quais situações?	Pre-natal			X		
	Hipertensão arterial sistêmica					
	Diabetes mellitus					
	Obesidade					
	DPOC/Asma					
	Transtorno mental					
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco?				X		
A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado?		X				

	Mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?				X
	A equipe realiza busca ativa?			X	
	Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?			X	
Solicitação de exames pela equipe de AB e realizados pela rede de serviços de saúde	Quais exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde?			X	
	Quais exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal?			X	
Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?				X
	Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário (cirurgia, cardiologia, oftalmologia, etc).(exames: mamografia e US).				X
	Na maioria das vezes o encaminhamento da Equipe é realizado através de central de regulação?				X
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	Quais exames são realizados/coletados na unidade?			X	
	A equipe de atenção básica realiza procedimentos básicos ?			X	
	Profissional(is) realiza(m) exame citopatológico?			X	
Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes?		X		
	Há registros do acompanhamento das gestantes?		X		
	A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?			X	
	A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?				X
	É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde?			X	
	A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto?			X	
	Quais são ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério			X	

	até 10 dias após o parto?				
	Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto?			X	
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?			X	
	Utiliza a caderneta da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?				X
	Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		X		
	Há registros dos acompanhamentos das crianças do território?		X		
	A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?			X	
	Avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável?			X	
	A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”?			X	
	De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe de saúde evita tais práticas?			X	
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Atenção à Pessoa com Obesidade	A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos usuários (gestantes, crianças menores 2 anos, etc).			X	
	A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros?				X

	Após a identificação de usuário adulto com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²), a equipe realiza as condutas necessárias?			X	
Atenção à Pessoa com Tuberculose	A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território?			X	
	A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?			X	
	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano?			X	
	A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos?				X
	Dos casos acompanhados no último ano, qual foi a frequência de cura?			X	
	Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade?			X	
	A equipe realiza tratamento diretamente observado(TDO)?			X	
	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)?			X	
	A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose?			X	
Atenção à Pessoa com Hanseníase	A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase?			X	
	A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?			X	
	Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade?			X	
	A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário?				X
	A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento?			X	

	A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase?			X		
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	
Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico	A equipe atende pessoas em sofrimento psíquico?			X		
	Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?	X				
	Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?	X				
	Utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?	Consulta específica com tempo maior			X	
		Registro da história de vida				
		Oferta de algum tipo de atendimento em grupo				
		Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial)				
	A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?			X		
	Possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico.			X		
	Possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?			X		
Realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas?			X			
Possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, anti-psicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos de um modo geral?			X			
Realiza ações para pessoas que fazem uso crônico dos medicamentos citados acima para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado?			X			
Atenção à Pessoa com Deficiência	Possui registro do número de usuários com deficiência?			X		
	Possui registro de usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção?			X		
	Qual o tipo? (Aparelho auditivo – Cadeira de rodas – Membros superiores e inferiores)			X		
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	
Práticas Integrativas e Complementares	Oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?			X		

	Quais serviços de práticas integrativas e complementares são oferecidos?			X	
	Realiza quais práticas integrativas que não estão contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?			X	
	A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe?			X	
	A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?				X
	Realiza atividades de educação em saúde abordando:	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos			
		Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da Medicina Tradicional Chinesa e práticas da medicina antroposófica			X
Promoção da Saúde	Oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para:	Gestantes, Planejamento Familiar, Idosos, Homens, Mulheres, Alimentação saudável, Saúde sexual e saúde reprodutiva, Dependência química, etc.			X
	Incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território Práticas corporais e Atividades Físicas?			X	
Programa Bolsa-Família	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?			X	
	Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?				X
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar?	X			
	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?			X	
	Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?			X	
	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)?				X

	No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam (Atendimento clínico e de Enfermagem)?			X	
	A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?			X	
Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário?		X		
	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica?		X		
	Quais os canais de comunicação disponibilizados?	Telefone da Unidade, da Ouvidoria. E-mail, Site disponível para o usuário, livro, caderno, ficha para preenchimento e Relatórios.		X	
	Há encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal?		X		
	A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?		X		
	Há Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular?		X		
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Atividades nas Escolas	A equipe realiza atividades na escola?			X	
	A equipe possui registro das atividades realizadas na escola?			X	
	A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento?			X	
	Realiza avaliação clínica?	Avaliação: oftalmológica, nutritiva e auditiva, etc		X	
	A equipe de saúde realiza quais atividades de promoção e prevenção?			X	
	Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE são encaminhados para oftalmologia e otorrinolaringologia?			X	
População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	A equipe realiza ações junto à comunidades tradicionais/assentados/população rural?	X			
	Para quais as populações que a equipe realiza ações?	X			
	A equipe atende às comunidades tradicionais/assentados/ população rural?	X			

	Quais as populações que a equipe atende?	X			
	Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população?	X			
	Gestão de casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção?				X
	Os Agentes Comunitários de Saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água?			X	
	A equipe orienta sobre o uso seguro de agrotóxico a população rural do seu território?			X	
Atenção à Pessoa Tabagista	Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas?			X	
	A unidade oferece quais medicamentos para o tratamento do tabagismo?			X	
	A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de: grupos e/ou individual?			X	
	A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?			X	
		Primeiro Contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?			X	
	Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe?			X	
	Você considera que a atuação do NASF está de acordo com os aspectos: (Realidade epidemiológica e social deste território. Demandas diretas dos usuários)			X	
	Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas?			X	
	Como você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe?			X	
	Como é feito o contato da sua equipe com o NASF?				X
	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio?			X	
	O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado?			X	

Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?			X		
Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares?			X		
Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe?			X		
Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF?				X	
Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF?				X	
Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas?				X	
Quais as ações que acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF?			X		
Os profissionais do NASF realizam ações com crianças, adolescentes, adultos e idosos?			X		
Indique em quais áreas o NASF desenvolve atividades com a sua equipe			X		
Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF? (resolutividade da AB a partir do NASF)			X		
Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?				X	
	TOTAL = 170	27=15,90%	19=11,20%	97=57%	27=15,90%

(Apêndice E)

Estruturação da APS – Variáveis utilizadas

DIMENSÕES	PERGUNTAS
Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção básica	<ul style="list-style-type: none">• Possui ou está em formação complementar? (se o respondente for o profissional médico)• Possui quais processos de formação? (Especialização, Residência, Mestrado, Doutorado)• Possui quais processos de formação? (se o respondente for o profissional enfermeiro)• Possui quais processos de formação? (se o respondente for outro profissional de nível superior)
Vínculo	<ul style="list-style-type: none">• Qual é o seu agente contratante?• Qual o seu tipo de vínculo?• Qual a forma de ingresso?
Plano de Carreira	<ul style="list-style-type: none">• Tem plano de carreira?
Educação Permanente do processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none">• A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal?• Qual(is) ação(ões) a equipe participa? (seminários, telessaúde, cursos presenciais, outros)• A equipe utiliza o Telessaúde para (segunda opinião, teleconsulta, telediagnóstico, etc.)• De que forma é realizada a teleconsultoria?• A equipe utiliza qual plataforma para o Telessaúde?• A equipe utiliza com que frequência o 0800 do Telessaúde?• Como a equipe avalia o atendimento recebido no 0800?• Por qual motivo a equipe não utiliza o Telessaúde?• As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?• A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?• As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de

	trabalho da(s) equipe(s) da unidade?
Planejamento da Equipe de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho da Equipe	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente? • A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade? • A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? • A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde? • A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde? • A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação? • A sua equipe já participou do PMAQ? • Os resultados alcançados no primeiro ciclo do PMAQ foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe? • Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses? • Qual o instrumento utilizado?
Apoio Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados? • Esse apoio foi por indução do PMAQ? • Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas? • Recebe apoio de especialistas da rede? • Recebe apoio da vigilância em saúde? • Recebe apoiado polo de academia da saúde? • Recebe apoiado centro de especialização e reabilitação?
Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> • A gestão utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe? • Existe definição da área de abrangência da equipe. • A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência? • Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe? • Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência ? • Com qual frequência a equipe atende pessoas residentes fora da sua área de abrangência?
Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Os prontuários dos usuários da equipe de Atenção Básica estão organizados por núcleos familiares? • Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais? • Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações? • O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção? • Existe um modelo padrão para preenchimento da folha de rosto dos prontuários individuais? • Qual sistema de informação a equipe utiliza para registro das informações? • Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? • O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção? • Qual o tipo de prontuário? • A equipe teve capacitação para utilização do sistema?

	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe utiliza as fichas do e-SUS da Coleta de Dados Simplificada (CDS)? • A equipe é responsável pela transmissão dos dados do e-SUS? • A equipe gerou a senha de acesso para a transmissão dos dados do e-SUS?
Acolhimento à Demanda Espontânea	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade? • Em que local é realizado o acolhimento? • Em quais turnos é realizado o acolhimento? • Quantos dias por semana acontece? • A equipe realiza forma de acolhimento “conjunto” com outra equipe da Unidade Básica de Saúde? • Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea? • A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para quais situações? • Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários? • A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário? • Qual tipo? • Nesta unidade de saúde o usuário tem a opção de escolher por qual equipe será atendido?
Organização da agenda	<ul style="list-style-type: none"> • Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas de ações possíveis? • Para quais grupos a equipe oferta ações? • A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas? • Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames? • Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pós-consulta ou mostrar como evoluiu sua situação? • A equipe realiza encaminhamento dos usuários com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração, sem a necessidade de marcação de consulta?
Atenção à Saúde Agendamento de Consultas Especializadas	<ul style="list-style-type: none"> • Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis? • A equipe possui o registro dos indivíduos no seu território? • A equipe programa oferta de consultas para quais situações? • A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco? • A programação da agenda da equipe está de acordo com o risco classificado? • Mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção? • A equipe realiza busca ativa? • Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras?
Solicitação de exames pela equipe de AB e realizados pela rede de serviços de	<ul style="list-style-type: none"> • Quais exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde? • Quais exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal?

saúde	
Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados? • Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário (cirurgia, cardiologia, oftalmologia, etc).(exames: mamografia e US). • Na maioria das vezes o encaminhamento da equipe é realizado através da central de regulação?
Oferta e Resolubilidade de Ações da Equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Quais exames são realizados/coletados na unidade? • A equipe de atenção básica realiza procedimentos básicos? • Profissional(is) realiza(m) exame citopatológico?
Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe alimenta mensalmente o sistema de informação do pré-natal? • A equipe de atenção básica utiliza a caderneta ou cartão para o acompanhamento das gestantes? • Há registros de acompanhamento das gestantes? • A equipe orienta as gestante em relação à vacina contra o tétano? • A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias? • É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde? • Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? • A equipe realiza consulta de puerpério até 10 dias após o parto? • Como a equipe monitora as gestantes que tiveram parto?
Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos? • Utiliza a caderneta da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento? • Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade? • Há registros dos acompanhamentos das crianças do território? • A equipe realiza ações de Vigilância Alimentar e Nutricional? • Avalia e monitora índices de aleitamento materno e alimentação complementar saudável? • A equipe conhece a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”? • De acordo com a “Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras”, a equipe de saúde evita tais práticas?
Atenção à Pessoa com Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza sistematicamente mensuração do peso e altura dos usuários (gestantes, crianças menores 2 anos, etc). • A equipe registra os dados de peso e altura medidos em prontuário, cadernetas, sistema de informação ou outros? • Após a identificação de usuário adulto com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza as condutas necessárias?
	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe possui a estimativa anual de número de casos de tuberculose e sintomáticos respiratórios em seu território? • A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?

<p>Atenção à Pessoa com Tuberculose</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano? • A equipe possui registro com o acompanhamento dos casos? • Dos casos acompanhados no último ano, qual foi a frequência de cura • Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade? • A equipe realiza tratamento diretamente observado(TDO)? • A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)? • A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose?
<p>Atenção à Pessoa com Hanseníase</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase? • A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase? • Existe ficha de notificação de casos de hanseníase na unidade? • A equipe realiza o acompanhamento do tratamento do usuário? • A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento? • A equipe realiza a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase?
<p>Atenção à Pessoa com Deficiência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Possui registro do número de usuários com deficiência? • Possui registro de usuários com necessidade de uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção? • Qual o tipo? (Aparelho auditivo – Cadeira de rodas – Membros superiores e inferiores)
<p>Práticas Integrativas e Complementares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território? • Quais serviços de práticas complementares são oferecidos? • Realiza quais práticas integrativas que não estão contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares? • A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe? • A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado? • Realiza atividades de educação em saúde abordando essas práticas?
<p>Promoção da Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde? • A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território práticas corporais e atividades físicas?
<p>Programa Bolsa-Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família? • Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?
<p>Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar? • As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade? • Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe? • A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)? • No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam (atendimento clínico e de enfermagem)?

	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe possui registro do número de acamados/domiciliados do território?
Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário? • A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica? • Quais canais de comunicação disponibilizados? • Há encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal? • A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho? • Há Conselho Local de Saúde/outras espaços de participação popular?
Atividades nas Escolas	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza atividades na escola? • A equipe possui registro das atividades realizadas na escola? • A equipe possui levantamento do número de escolares identificados com necessidade de saúde que precisam de acompanhamento? • Realiza avaliação clínica? • A equipe de saúde realiza quais atividades de promoção e prevenção? • Quais encaminhamentos são realizados para os escolares avaliados pelo PSE são encaminhados para oftalmologia e otorrinolaringologia?
População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe realiza ações junto às comunidades tradicionais/ assentados/população rural? • Para quais as populações que a equipe realiza ações? • A equipe atende às comunidades tradicionais/assentados/ população rural? • Quais as populações que a equipe atende? • Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população? • Gestão de casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos de atenção? • Existem cisternas no território de atuação da equipe? • Os agentes comunitários de saúde orientam a população com relação ao uso adequado e boa qualidade dos reservatórios de água? • A equipe orienta sobre o uso seguro de agrotóxicos à população rural do seu território?
Atenção à Pessoa Tabagista	<ul style="list-style-type: none"> • Sua equipe desenvolve ações para o cuidado de pessoas tabagistas? • A unidade oferece quais medicamentos para o tratamento do tabagismo? • A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de: grupos e/ou individual? • A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?
	<ul style="list-style-type: none"> • O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF? • Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe? • Você considera que seria importante outra categoria profissional compor o NASF? • Você considera que a atuação do NASF está de acordo com os aspectos: (Realidade epidemiológica e social deste território. Demandas diretas dos usuários) • Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas?

<p>Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Indique o que foi discutido neste planejamento (definição de objetivos, funções e atribuições, etc) • Como você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe? • Como é feito o contato da sua equipe com o NASF? • Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio? • O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado? • Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe? • Todos profissionais do NASF tem garantido encontros/atividades periódicas e regulares? • Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do NASF com sua equipe? • Sua equipe e o NASF criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do NASF? • Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da sua equipe compartilhar o caso com o NASF? • Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações imprevistas? • Quais as ações que acontecem nos encontros entre a sua equipe e o NASF? • Os profissionais do NASF realizam ações com crianças, adolescentes, adultos e idosos? • Indique em quais áreas o NASF desenvolve atividades com a sua equipe • Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF? (resolutividade da AB a partir do NASF). • Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribui ao apoio que sua equipe recebe do NASF?
---	---

Fonte: elaboração própria

(Apêndice F)

Variáveis recodificadas para Estruturação da Saúde Mental

VARIÁVEIS	POLITÔMICA	DICOTOMIZADA	
	Descrição	Descrição*	Nota
	1) “Dias”	Até 120 dias	1,0

Quando há necessidade de encaminhamento para consulta especializada com psiquiatra, qual o tempo de espera?	2) Não houve encaminhamentos. 3) Não há possibilidade de encaminhamentos, não há na rede. 4) Não sabe/não respondeu.	Após 120 dias	0,0
		-	0,0
Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?	1) Em qualquer dia, em qualquer horário. 2) Em qualquer dia, em horário específico.	-	1,0
	3) Em dias específicos em qualquer horário. 4) Em dias específicos, em horários específicos. 5) Outros 6) Não se aplica	-	0,0
Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em	1) No mesmo dia	Até 10 dias	1,0
	2) Dias	Após 10 dias	0,0

sofrimento psíquico na unidade de saúde?	3) Não se aplica	-	0,0
--	------------------	---	-----

* Ponto de corte definido pelos pesquisadores. Fonte: Elaboração própria

(Apêndice G)

Variáveis recodificadas para Estruturação da APS

VARIÁVEIS	POLITÔMICA	DICOTOMIZADA	
Qual é seu tipo de vínculo?	Descrição	Descrição*	Nota
	<ul style="list-style-type: none"> - Servidor público estatutário - Cargo comissionado - Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal) - Contrato temporário por prestação de serviço - Empregado público CLT - Contrato CLT - Autônomo - Outro(s) - Não sabe/não respondeu 	-	1,0
			0,0

Qual a forma de ingresso?	- Concurso público - Seleção pública - Indicação	-	1,0
	- Outra forma - Não sabe/não respondeu		0,0
Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	- Contempla muito - Contempla - Contempla razoavelmente	-	1,0
	- Contempla pouco - Não contempla - Não se aplica		0,0
A unidade recebe estudantes, professores e/ou pesquisadores em atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão?	- 1 vez/semana - 2 vezes/semana - 3 vezes/semana - 4 vezes/semana - 5 vezes/semana	-	1,0
	- Não recebe		0,0
As atividades desenvolvidas pelos estudantes, professores e pesquisadores estão articuladas com o processo de trabalho da(s) equipe(s) da unidade?	- Muito articuladas - Razoavelmente articuladas	-	1,0
	- Pouco articuladas - Não se aplica		0,0
A equipe realiza atividade de	- Semanal - Bimestral - Trimestral		1,0

<p>planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Semestral - Anual - A equipe não realiza planejamento - Não se aplica 	-	0,0
<p>Em quais turnos é realizado o acolhimento? Quantos dias por semana acontece?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Um dia por semana - Dois dias por semana - Não se aplica 	-	0,0
	<ul style="list-style-type: none"> - Três dias por semana - Quatro dias por semana - Cinco dias por semana - Mais de cinco dias por semana 		1,0
<p>Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Em qualquer dia da semana, em qualquer horário - Em qualquer dia da semana, em horários específicos 	-	1,0
	<ul style="list-style-type: none"> - Dias específicos fixos, em qualquer horário - Dias específicos fixos, em horários específicos - Outro(s) 		0,0
	<ul style="list-style-type: none"> 10 minutos 20 minutos 30 minutos 		1,0

<p>Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?</p>	<p>40 minutos 50 minutos 60 minutos 70 minutos 80 minutos 90 minutos 100 minutos 110 minutos 120 minutos 130 minutos 140 minutos 150 minutos 160 minutos 170 minutos 180 minutos 190 minutos 200 minutos 210 minutos 220 minutos 230 minutos 240 minutos mais de 240 minutos</p>	<p>-</p>	<p>0,0</p>
	<p>10 minutos 20 minutos 30 minutos</p>		<p>1,0</p>

<p>Definido a consulta no acolhimento, quanto tempo o usuário espera para a consulta?</p>	<p>40 minutos 50 minutos 60 minutos 70 minutos 80 minutos 90 minutos 100 minutos 110 minutos 120 minutos 130 minutos 140 minutos 150 minutos 160 minutos 170 minutos 180 minutos 190 minutos 200 minutos 210 minutos 220 minutos 230 minutos 240 minutos mais de 240 minutos</p>	<p>-</p>	<p>0,0</p>
<p>A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno para intervenções necessárias?</p>	<p>- Sim, todos os exames - Sim, alguns exames - Não</p>	<p>-</p>	<p>1,0 0,0</p>
<p>A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de:</p>	<p>- Atividades em grupo e individuais - Somente atividades em grupo - Somente Atividades individuais - A equipe não oferece tratamento aos tabagistas - Não se aplica</p>	<p>-</p>	<p>1,0 0,0</p>

Você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe:	- Muito Suficiente - Suficiente - Razoavelmente suficiente	-	1,0
	- Insuficiente - Muito Insuficiente - Não se aplica		0,0
	1 dia 2 dias 3 dias 4 dias 5 dias 6 dias 7dias 8 dias 9 dias		1,0

<p>Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?</p>	<p>10 Dias 11 dias 12 dias 13 dias 14 dias 15 dias 16 dias 17 dias 18 dias 19 dias 20 dias 21 dias 22 dias 23 dias 24 dias 25 dias 26 dias 27 dias 28 dias 29 dias 30 dias Mais de 30 dias Não se aplica</p>	<p>-</p>	<p>0,0</p>
<p>O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado:</p>	<p>- Sempre - Na maioria das vezes - Às vezes - Raramente - Nunca - Não se aplica</p>	<p>-</p>	<p>1,0 0,0</p>

* Ponto de corte definido pelos pesquisadores. Fonte: Elaboração própria.

