

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE RN

CLEILMA DE LIRA LOPES GURGEL

**ESTRATÉGIAS DE SAÚDE MENTAL APLICADA NA ATENÇÃO BÁSICA DO
MUNICÍPIO DE FELIPE GUERRA/RN**

MOSSORÓ/RN

2019

CLEILMA DE LIRA LOPES GURGEL

**ESTRATÉGIAS DE SAÚDE MENTAL APLICADAS NA ATENÇÃO BÁSICA DO
MUNICÍPIO DE FELIPE GUERRA/RN**

Monografia apresentada à Faculdade Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Rubia Mara Maia Feitosa.

MOSSORÓ/RN

2019

G942e Gurgel, Cleilma de Lira Lopes.

Estratégias de saúde mental aplicadas na atenção básica do município de Felipe Guerra – RN / Cleilma de Lira Lopes Gurgel. – Mossoró, 2019.

50f. : il.

Orientadora: Prof^a. Ma. Rubia Mara Maia Feitosa.
Monografia (Graduação em Enfermagem) –
Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Título.

CDU: 613.86(813.2)

CLEILMA DE LIRA LOPES GURGEL

**ESTRATÉGIAS DE SAÚDE MENTAL APLICADA NA ATENÇÃO BÁSICA DO
MUNICÍPIO DE FELIPE GUERRA/RN**

Projeto de pesquisa apresentado pelo aluno CLEILMA DE LIRA LOPES GURGEL do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: 21/06/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ma. Rubia Mara Maia Feitosa (FACENE/RN)

Orientador

Josefa Girlene Ferreira de Moraes
(Secretária de Saúde - Felipe Guerra/RN)

Membro

Prof^a. Ma. Lívia Helena Moraes de Freitas Melo

Membro

AGRADECIMENTOS

Ao senhor Deus, por ter me dado saúde e forças para superar as dificuldades;

À FACENE/RN, seu corpo docente, direção e administração, que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior;

À minha orientadora, Rubia Mara, pelo suporte e disponibilidade em todo o trabalho;

À Banca Examinadora, nas pessoas de Lívia Helena, pessoa única de coração maravilhoso, o meu obrigada por tudo; e à senhora Girlene Ferreira, pela disponibilidade e por ser essa mulher de fibra que me incentiva sempre;

Aos meu pais e irmãos, pelo amor, incentivo e apoio incondicional;

Aos meus amigos e colegas de turma, em especial, Tamires, Antônio, Laura, Isabel, Maryssa, Glariane, Manu, Natália, por todo apoio e conselhos ao longo da graduação;

Ao meu grupinho de quando tudo começou, Luiz, Thalia, Camila e Adaila; iniciamos a corrida cheios de medo, insegurança, mas sempre apoiando uns aos outros;

Ao quarteto que se eternizou em meu coração, mesmo depois da distância criada pelas circunstâncias. Vocês contribuíram muito para meu crescimento: Joseandra, Kamilla, Aline e Rayane;

Em especial, à Carla Albuquerque, minha amiga que me acolheu em sua casa nos momentos difíceis;

À Jadson, Kaio e Jaedson, que contribuíram com meu trabalho, me ajudando em meio à tantas dúvidas;

À Raimundo, Vanessa e Alizangela, que são exemplos de pessoas humanas e que sempre pude contar na instituição;

Aos motoristas, Wiliano, Darlon, Wellington, Ítalo e Bilú, por fazerem o trajeto de ida e volta em segurança.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Endereço dos locais da pesquisa.....	22
Quadro 2: Sujeitos da pesquisa.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

CAPSi – Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-Juvenil

CAPS AD III - Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CR – Consultório de Rua

ESF – Estratégias de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICPE – Consorcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASP – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMG – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

RASP – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAs – Unidades de Acolhimentos

UFS – Unidade de Saúde Familiar

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

Saúde mental é o equilíbrio entre o corpo e suas emoções, juntamente com suas atitudes nas suas relações sociais. Ou seja, é a união tanto da saúde física quanto psíquica do corpo humano, que proporciona a estabilização deste. Baseado nisso, este trabalho tem como Objetivo Geral: Analisar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica do município de Felipe Guerra-RN, e Objetivos Específicos: Identificar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica; Descrever as potencialidades e as dificuldades para operacionalizar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica; e Perceber novas estratégias de saúde mental para qualificar a atenção à saúde mental no município. As informações foram coletadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Ananias Queiroga, através de questionários com questões abertas. Foram coletadas informações de 10 profissionais de diferentes funções, escolhidos de modo aleatório, e que atendessem aos critérios de elegibilidade da pesquisa, e os de inclusão e exclusão. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, visando analisar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica do município de Felipe Guerra-RN. Com número de protocolo 064933/2019 e CAAE 14870819.0.0000.5179, foi traçado o perfil destes profissionais e realizada uma análise das perspectivas dos mesmos com relação à saúde mental no município. Ao fim, notou-se que os profissionais trabalham com eficiência, utilizando os recursos disponíveis e percebeu-se que é necessária uma maior atenção voltada para a Saúde Mental.

Palavras – Chave: Estratégia. Saúde mental. Atenção Básica.

ABSTRACT

Mental health is the balance between the body and its emotions, along with their attitudes in their social relationships. That is, it is the union of both physical and psychological health of the human body, which provides the stabilization of this. Based on this, this work has as a General Goal: To analyze the mental health strategies developed in the Primary Care of the city of Felipe Guerra-RN, and Specific Goals: To identify the mental health strategies developed in Primary Care; To describe the potentialities and difficulties to operationalize the mental health strategies developed in Primary Care; and Realize new mental health strategies to qualify mental health care in the municipality. The information was collected at the Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Ananias Queiroga, through questionnaires with questions based on the research objective. Information was collected from the NASF team and the PSF team from the Basic Unit cited. The sample consisted of 10 people, randomly chosen, who met the eligibility criteria of the research, and those of inclusion and exclusion. This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, aiming to analyze the mental health strategies developed in Primary Care of the city of Felipe Guerra-RN. Thus, the profile of these professionals was drawn and, based on this, an analysis of their perspectives regarding mental health in the municipality. Finally, it was noted that practitioners work efficiently using available resources and it has been realized that more attention is needed to Mental Health.

Keywords: Strategies. Mental health. Basic Attention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 HIPÓTESE	12
1.2 JUSTIFICATIVA	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS	14
4 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE COMO COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	18
4.1 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL.....	21
5 METODOLOGIA	25
5.1 TIPO DE ESTUDO	25
5.2 LOCAL DA PESQUISA	26
5.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA	27
5.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	28
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	29
5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	30
5.7 DESFECHOS	31
5.7.1 PRIMÁRIO.....	31
5.7.2 SECUNDÁRIO	31
5.8 FINANCIAMENTO.....	31
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
6.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS.....	32
6.2 ANÁLISE DAS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM RELAÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE FELIPE GUERRA/RN.....	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	47
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	49
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO	50

1 INTRODUÇÃO

A saúde é o maior bem que o ser humano possui. Quando o corpo humano está saudável, proporciona aos indivíduos a oportunidade de levantar todos os dias e buscar sua chance de crescer no meio social. Há quem pense que a saúde do corpo diz respeito apenas à dimensão física, ou seja, biológica. Contudo, igualmente importante para a saúde do ser humano é sua saúde mental.

Segundo Romero e Cassino (2017), “saúde mental é o equilíbrio entre o corpo e suas emoções, juntamente com suas atitudes nas suas relações sociais”. Ou seja, é a união tanto da saúde física quanto psíquica do corpo humano, que proporciona a estabilização deste.

Por muito tempo, pessoas com consideradas ‘loucas’ sofreram tratamentos desumanos, pois eram abandonados pelas famílias e já não eram aceitos no meio social. Para o controle deles, eram usadas camisas de força, prisões acolchoadas, choques elétricos, operações no cérebro, dentre outros. Alguns eram até submetidos a serem cobaias de experimentos científicos. Com o desenvolvimento da ciência, estes se tornaram objetos de estudo nos hospitais psiquiátricos para que fossem encontradas curas para essas doenças. Nesse momento, quando a ‘loucura’ passa a ser capturada pelo discurso científico, transforma-se em doença mental (SANTOS *et. al.*, 2017).

A doença mental passa a ser considerada fenômeno integrante da natureza humana, podendo causar malefícios à sociedade, por meio daqueles por ela acometidos. Os doentes mentais eram seres perigosos por serem agressivos, fazendo com que os profissionais de saúde optassem por acorrentá-los e segregá-los em celas fortes, sob o pretexto de que o isolamento, por si só, tinha o poder de cura (CANDIDO *et al.*, 2012).

No Brasil, por exemplo, esse cenário de torturas começou a mudar na década de 80, com bastante influência dos modelos europeus de substituição de manicômios, e pela questão dos direitos humanos que, nessa época, começaram a ganhar bastante espaço (BRASIL, 2013 *apud.* ALQUATI & BARBOSA, 2017). Os modelos de hospitais psiquiátricos, por exemplos, passaram a ser questionados.

A reforma psiquiátrica no Brasil se consolidou com os movimentos vindos de outros países. A denúncia da situação de desigualdade e maus tratos sofridos

por pacientes que recebiam assistência na casa de saúde Anchieta, localizada em Santos, instituição privada em 1989, foi o estopim para a mobilização da população e para a consolidação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros serviços psiquiátricos substitutivos. Nesse mesmo ano, deu-se entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção dos manicômios e a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil. A lei da reforma psiquiátrica brasileira (Lei 10.216), também conhecida como Lei Paulo Delgado, foi promulgada em 2001 (BARROSO *et. al.*, 2011).

Por consequência dessa Lei, os passos rumo a uma nova forma de pensar e lidar com o processo de sofrimento psíquico no Brasil suscitou amplo debate, discussões e divulgações em prol da participação dos envolvidos e da sociedade, para a elaboração de novas práticas em saúde mental. Foi nesse contexto que passou a ser apontado os serviços substitutivos como dispositivos para o cuidado em saúde mental.

Os serviços substitutivos que surgiram tinham como finalidade oferecer uma forma de tratamento em que o paciente pudesse conviver com sua 'doença' de forma que seu tratamento pudesse ajudá-lo a se manter no meio social e nos hospitais psiquiátricos. Em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu com a finalidade de transformar o estado de desigualdade na assistência à saúde da população. Foi então que o tema saúde mental ganhou enfoque para que o Estado assegurasse a esse público o direito a políticas públicas voltadas para os mesmos (SANTOS, 2018).

A política de saúde mental passa a ser garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes abordaram a saúde como direito universal e dever do Estado, apoiando-se na integralidade, intersetorialidade e igualdade no controle social (SANTOS, 2018).

Também outro ponto positivo nesse momento foi que Atenção Primária (AP) passou a caracterizar-se como porta de entrada dos serviços de saúde para doentes mentais. Segundo Vasconcelos (2017), AP passou a fornecer ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral.

Um estudo realizado pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (ICPE), em 2010, pela OMS revelou que, dentre os países da

América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de transtorno mental na população adulta de 15-59 anos, com índices elevados para os transtornos da ansiedade, transtornos do humor e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SIQUEIRAS, 2010).

Os cuidados com a saúde mental são de suma importância principalmente para o controle dos transtornos mentais, que podem ser classificados como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar.

Nesta perspectiva o trabalho traz a seguinte questão norteadora: quais são as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica do município de Felipe Guerra-RN?

1.1 HIPÓTESE

Acredita-se que as táticas de saúde mental no município de Felipe Guerra ainda são escassas e precisam ser mais bem trabalhadas desde a gestão até a execução delas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica.

1.2 JUSTIFICATIVA

Nesse sentido, este tipo de trabalho se justifica pela proposta de identificar problemas e definir prioridades para a saúde mental na Atenção Básica, unindo as necessidades, implementação de políticas, organização de trabalho e mobilização de recursos para a consecução de estratégias de mais consistentes e efetivas para a população. Assim, pode-se potencializar dispositivos políticos-gerenciais para suprir as necessidades de cuidado em saúde mental, tendo a Atenção Básica o papel de coordenadora desse cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica do município de Felipe Guerra-RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica;
- b) Descrever as potencialidades e as dificuldades para operacionalizar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica;
- c) Perceber novas estratégias de saúde mental para qualificar a atenção à saúde mental no município.

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

A questão psiquiátrica sempre foi um tema de várias análises na saúde tanto pública como privada. Com o passar das décadas e com o avanço da tecnologia hoje os pacientes que sofrem algum tipo de transtorno ou doença mental tem agregado aos atuais modelos de saúde um grau de qualidade e humanização que foi fruto de várias mobilizações populares.

A reforma psiquiátrica no Brasil teve seu início junto com outros movimentos tanto nacional como internacional. No país o “movimento sanitário” ecoava por atenção pela saúde coletiva e no mundo pela luta por melhoria na qualidade de vida dos pacientes que sofria com alguma doença ou transtorno mental e pela forma desumana que estes eram submetidos nos manicômios. Segundo o Ministério da Saúde (2005), “a Reforma Psiquiátrica é 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”.

Outro fator importante é que a saúde pública em 1988 vivenciava profundas mudanças na maneira de se compreender e agir sobre o processo saúde-doença, confirmando a importância dos aspectos socioculturais, políticos e econômicos na determinação do processo saúde-doença, rompendo com a compreensão da saúde como mera ausência de doença, entendendo-a como integrante de uma totalidade na qual interferem várias dimensões (PATRIOTA, 2011).

A reforma no Brasil foi impulsionada depois do escândalo do manicômio em Anchieta em 1989, juntamente com a onda de reformismo vindo do exterior. Os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado em 1992, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir desse momento houve ano após ano grande progresso e formas mais definidas nas questões psiquiátricas. A declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental é exemplo disso, que passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços (BRASIL, 2005).

Os objetivos da reforma eram claros. O primeiro era acabar com a forma desumana que os pacientes eram tratados – em alguns casos, eles serviam como cobaias de pesquisa – e com a forma como estes eram vistos tanto pela família, sociedade e sistema de saúde. Também era construir um novo modelo de saúde para as pessoas que sofriam com algum transtorno, sendo a humanização o foco principal, e também construir redes extra-hospitalares (CAPS); e por fim, era acabar com os termos manicômios e hospício dos hospitais que tratavam os doentes, pois remete aos indivíduos um sentido de exclusão social (HIRDES, 2009)

A reforma propôs a criação e o fortalecimento de uma rede de saúde que garanta os direitos dos pacientes e que a humanização seja o foco principal nos cuidados com estes indivíduos. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os núcleos de atenção psicossocial (NAPS) e os Hospitais-dia marcaram o início para a criação dessa rede de interação e cuidados com os doentes mentais, fruto da reforma. Esses serviços também representaram a forma de organização e transição de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Gama (2012) reforça que “os centros de atenção psicossocial serviriam como mediadores clínico-institucionais, por terem como característica a capacidade de realizar o matriciamento dos serviços não especializados, o atendimento dos casos mais complexos e, ainda, servir como referência fundamental para os leitos de retaguarda”.

Com o passar dos anos, a saúde mental vem sofrendo diversas modificações. A reforma psiquiátrica proporcionou mudanças a respeito da maneira que eram vistas as pessoas com problemas mentais, possibilitando uma melhor forma de lidar com a “loucura”. E assim surgiram os serviços substitutivos em saúde mental. Estes têm a preocupação de oferecer maiores cuidados aos indivíduos, dando orientação para que eles desenvolvam sua própria autonomia (LUIZA, 2011).

Atualmente, a maior dificuldade na atenção a um indivíduo com problemas mentais, é buscar realizar o tratamento em um local adequado. Esta ainda é uma realidade que pode estar longe de ser idealizada. “Leia-se locais adequados como locais onde haja uma equipe multidisciplinar capacitada, onde se tolerem a desordem, que ofereçam atividades que inexistam em Hospitais Psiquiátricos”, porém, não é uma realidade difícil de ser alcançada (LUIZA, 2011).

Mesmo com as dificuldades, a atenção psicossocial a pessoas com problemas mentais tem evoluído. Com a reforma psiquiátrica, surgiram diversas transformações no meio técnico-assistencial, ajudando a melhorar a maneira de cuidado com o indivíduo. Desta forma, buscou-se a existência de bons espaços de atendimento psiquiátrico aos pacientes que sofrem de doenças mentais. A reforma proporcionou várias melhorias na assistência à saúde mental (MARTINS *et. al.*, 2011).

Seus frutos surgem com as inúmeras conquistas que embasam os atuais serviços e a assistência em saúde mental. Dentre elas podem ser citadas a Lei Nacional No 10.216/01, que se relaciona aos direitos das pessoas com transtornos mentais, as leis de regulamentação dos serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Núcleos de Apoio Psicossocial - NAPS, Lares Abrigados, Centros de Convivência, Hospitais-dia e as Cooperativas, dentre outras)" (MARTINS *et. al.*, 2011).

Neste contexto, o objetivo dos serviços substitutivos de assistência à saúde mental tem por base o território e a comunidade, e sendo assim, tem como propósito, intervir na vida dos usuários e explorar os recursos já existentes para melhor viabilizar os projetos terapêuticos, ajudando a realizar mudanças significativas na vida e no cotidiano das pessoas (LEÃO & BARROS, 2012).

O trabalho territorial tem a finalidade de consolidar mudanças na atenção à saúde mental, já que este retira as intervenções de cuidado com o indivíduo do espaço natural. Ou seja, da instituição de atendimento à saúde mental específica, e leva para a comunidade, de forma que, os envolvidos consigam construir novas relações sociais, modificando o contexto da cultura de exclusão, que é presente no cotidiano de doentes mentais (LEÃO & BARROS, 2012).

Vieira Filho e Nobrega (2004) *apud* Leão e Barros (2012) explicam que "podemos compreender a territorialidade como uma espécie de âncora ou ponto de referência cultural onde é possível a vivência com os outros em um determinado período", e são nesses espaços que vão sendo construídas novas relações sociais, através da convivência com a diferença e do aprendizado, ajudando assim a diminuir o preconceito.

Nesse contexto, surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que segundo o Ministério da Saúde (MS) "estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS)" (BRASIL, 2013).

A RAPS apresenta diversos serviços e equipamentos, sendo esta composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral. Ela também está presente na Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF); do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); o Consultório de Rua (CR); Residências de Caráter Transitório e os Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2013).

Esta rede pode se articular a partir da Atenção Básica. Pois, uma Estratégia de Saúde da Família poderá requisitar a emergência, ou da emergência para um hospital; e assim, os caminhos a serem percorridos são acionados sempre para cada caso, e relacionados nas necessidades dos usuários e nos recursos disponíveis para o seu cuidado (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Para tanto, os serviços que fazem parte da RAPS necessitam de profissionais especializados em diversas áreas da saúde, formando equipes multiprofissionais que irão refletir sobre a atenção em saúde mental de uma forma ampliada e complexa. Podem integrar nesta equipe profissional os enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, odontologistas e outros que se façam necessários, a fim de trazer a continuidade do cuidado de acordo com a realidade dos municípios e serviços.

Desse modo, os diversos serviços da rede de saúde acabam tendo a procura por tratamentos das mais variadas formas em seu cotidiano. Portanto, conforme os modos que a equipe se coloca diante do que chega, diferentes destinos serão dados para essa demanda (OLIVEIRA, 2015).

4 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE COMO COMPONENTE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil testemunhou mudanças significativas no seu sistema público de saúde. Comemorou-se a importância que passaram a dar a princípios fundamentais no contexto da saúde, como o acesso básico visto como um direito necessário e obrigatório, a atenção aos serviços prestados e, não menos importante, a igualdade para todos. Governos passaram a tomar como prioridade a Atenção Básica à Saúde (ABS) e a reorientar políticas de saúde, a fim de fortalecer a “porta de entrada” do sistema. Essa ABS ganha força na década de 1990, quando da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994; a Unidade de Saúde da Família (USF) passou a ser a principal via de acesso que a população tinha ao sistema de saúde público (BARBONI *et. al.*, 2010).

O que era antes o Programa de Saúde da Família (PSF), passou a se chamar Estratégias de Saúde da Família (ESF), e foi grande responsável por dar início ao processo de organização das práticas desenvolvidas na atenção primária. Tem como objetivo principal o trabalho em equipe, e é composto por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Essa equipe, por sua vez e entre outros fatores, deve se comprometer em cuidar das famílias, de forma que seu trabalho seja humanizado e priorize a construção da confiança, fortalecendo assim os processos de descentralização dos serviços e das ações de saúde (LANCMAN; BARROS, 2011).

Casotti *et. al.* (2013, p. 02) ainda acrescenta:

Neste sentido, o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar, segundo o documento oficial que a instituiu e mais recentemente pela atual Política da Atenção Básica, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária.

Os autores ainda ressaltam que para que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se constitua em proposta alternativa de modelo de atenção, ela precisa ter uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças favoráveis às mudanças, caso contrário, continuará sendo só mais um programa verticalizado (CASSOTI *et. al.*, 2013).

A articulação entre a Atenção Básica e os serviços de saúde mental deve ter como princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental; a noção de território; a organização de uma rede de serviços em saúde mental; a intersetorialidade, interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários são pilares essenciais para a articulação entre os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Baseado nas atuais concepções e na necessidade de reorganização do modelo de atenção em saúde mental, há comprovações de que esse cuidado de base territorial exige a execução de ações intersetoriais e a ampliação das articulações entre os dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, principalmente com a Atenção Básica, pois este nível de atenção tem a capacidade de atribuir maior resolutividade aos problemas de saúde mental emergentes na comunidade (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Essa articulação é retratada como um dos pontos estratégicos para se refletir sobre o atendimento em saúde mental na comunidade, tendo em conta que as características sociais e culturais influenciam e são influenciadas pelos determinantes fisiológicos e psicológicos do adoecimento (ANTONACCI; PINHO, 2011).

De acordo com Brasil (2013), as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o conhecimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários [...].

Atualmente, a saúde mental, está extremamente relacionada com as práticas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, tendo o intuito de minimizar ou de ressignificar a vida daqueles que se encontra em sofrimento psíquico nos seus variados contextos social (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Trabalhar a saúde mental na ESF não quer dizer que os cuidados em saúde serão aplicados somente àqueles pacientes em distúrbios percebíveis, mas também, de forma preventiva com os demais usuários. Outro elemento chave na produção do cuidado em saúde mental é a singularidade de cada caso (BEZERRA, 2014).

A visita domiciliar, sobretudo, permite conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, facilitando a percepção dos problemas psicoafetivos sociais e biológicos, estimulando vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores. Cabe a equipe de saúde da família buscar reconhecer as necessidades desses usuários e, ofertar suporte emocional ao núcleo familiar, pois este também necessita de apoio por parte do serviço. A família tem o papel fundamental para o bom desenvolvimento do cuidado ao usuário (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Torna-se bem significativa a importância das ações de grupos realizadas no cuidado em saúde mental. Pois, de maneira geral, estas ações auxiliam para a afirmação da cidadania e fortalecimento das pessoas em sofrimento psíquico, isso se dá pelo fato destas, possibilitarem a criação de técnicas de humanização entre os sujeitos participantes [...] e de convívio com a diversidade e do resgate dos vínculos comunitários (PIRES; XIMENES; NEPOMUCENO, 2013).

Segundo a pesquisa realizada por Lima et al., (2015) o grupo terapêutico encontra-se no discurso dos profissionais de saúde da Atenção Básica como uma das estratégias educativas que permite o compartilhamento de situações e de sentimentos pelos sujeitos em sofrimento psíquico, mas os próprios profissionais apontam a necessidade de capacitações para potencializar as atividades do grupo terapêutico.

Diante disso, também se busca a necessidade de promover a organização da assistência em saúde mental nas UBS, estabelecendo avaliações de risco e técnicas de intervenção oportunos para a alta prevalência desses transtornos. Conseqüentemente, isso levaria a redução do uso prolongado de medicamentos como forma de tratamento (CAMPOS et al., 2011).

Contudo, nem sempre o serviço de atenção básica encontra-se em boas condições para oferecer suporte a essa demanda de atendimento. Por inúmeras vezes, a falta de recursos, de pessoal e a falta de capacitação prejudicam o desenvolvimento de uma ação integral por parte das equipes. Diante disso, demarca-se aqui a necessidade de os serviços serem reconhecidos, assim como suas dificuldades e potencialidades de atendimento em saúde mental, a fim de se desenvolver uma prática de cuidado ao portador de sofrimento psíquico que possa ser efetiva (AOSANI; NUNES, 2013).

Não obstante, o que se vê na prática é que, na maioria das vezes, estes profissionais mantêm práticas tradicionais, baseadas no cuidado rotineiro, com

atividades, tais como triagem e controle de medicamentos, sobrepondo-se às demais. Esta não é uma situação condizente com as diretrizes estabelecidas pela Política de Atenção Integral à Saúde Mental, que propõe a mudança da assistência psiquiátrica em um modo de atenção que permita o processo de inserção social do portador de transtorno psíquico (WAIDMAN et al., 2012).

Dessa forma, torna-se primordial a reinvenção das práticas de saúde mental no cotidiano dos serviços, isso se dá pelo fato decorrente dos processos de transformações na organização da assistência e do modelo de atenção à saúde predominante no País. (VASCONCELOS et al., 2012).

Apesar das dificuldades, os profissionais comprometidos com o usuário e com a qualidade de seu trabalho profissional, deve através de articulações com a rede de serviços, otimizar suas ações em busca de respostas profissionais, de maneira que venha agregar mais saúde e bem-estar à essa população (FERREIRA; PARRÃO, 2015).

Portanto, devem ser utilizadas novas medidas de tratamento, originando práticas e métodos inovadores, de modo que os profissionais devem se adaptar para desenvolverem uma assistência de forma integral, rumo à reabilitação psicossocial e à construção de cidadania do doente mental, e ainda buscar conhecimento para dar suporte aos seus familiares (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

4.1 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL

Verificou-se que para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, é necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando as equipes da ESF. Com esse propósito, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que surgiu mediante estes desafios de estruturar a Atenção Básica em Saúde. (SILVA, 2014).

Inicialmente, sua concepção se deu a partir de experiências exitosas como o Núcleo de Atenção Integral a Saúde da Família (NAISF), em 2005 no município de Sobral (CE). O Ministério da Saúde através da portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 cria o Núcleo da Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF é composto por uma equipe com profissionais de áreas diferentes, que atuam em conjunto com os profissionais das ESF. As equipes buscam se apoiar e dar as devidas assistências à população das unidades em que o NASF está cadastrado (BARBOSA *et. al.*, 2010).

Os profissionais que integram o NASF são fonoaudiólogos, fisioterapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas etc. Estes são eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde estão os serviços de saúde. O NASF pode muito bem ser considerado uma espécie de retaguarda das equipes das ESF, por atuar em conjunto com esses profissionais (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010).

A atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2014; ALBUQUERQUE, 2016).

Segundo Silva (2014) os documentos ministeriais citam as principais atribuições dos profissionais que compõem o NASF que são:

- Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas atuando de forma integrada com as atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem;
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões;
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização as suas atividades;
- Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas permitindo apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Para potencializar o trabalho das equipes foi proposto o modelo de apoio matricial. É a partir dele que se pode articular estratégias de saúde mental junto com a Estratégia de Saúde da Família.

O apoio matricial é definido como um “arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência” (BRASIL, 2014, p.11). No geral, as equipes de referência assumem a responsabilidade pela população que atendem e contam com o apoio para a equipe de matriciamento, que ocorre, sempre que necessário, para a elaboração de projetos terapêuticos e apoio no compartilhamento de novos conhecimentos para lidar com casos complexos. Além disso, desenvolve atividades específicas de formação, realiza atendimentos conjuntos, disponibiliza contatos para situações emergenciais, dentre outras ações de corresponsabilização (BRASIL, 2014).

As ações em saúde mental correspondem a uma demanda importante da atenção básica, pois os agravos relacionados à saúde mental atingem grandes grupos populacionais ainda insuficientemente acolhidos pelas políticas públicas. O cuidado em saúde mental deve ocorrer em rede e contemplar a participação dos usuários e familiares como protagonistas na construção dos projetos terapêuticos (BERTAGNONI *et al.*, 2012).

Assim, verifica-se a necessidade de integrar e acolher de forma responsável, bem como realizar ações na Saúde Mental e Atenção Básica, visto que toda e qualquer doença tem um sofrimento subjetivo.

Para que a sociedade possa lidar com as formas diferentes de sofrimento psíquico, ou com sofrimentos de qualquer natureza, é necessário que o sistema de saúde o enxergue sem preconceitos, considerando simplesmente as condições como ser humano, abandonando a concepção de cura e adotando a concepção de cuidado, fundamentada na humanização e na subjetividade dos seres (Psíquico) imersos no contexto social, como propunha a Reforma Psiquiátrica. É assim que se busca a atenção integral necessária a qualquer tipo de sofrimento. Dessa forma, para almejar a atenção integral o enfermeiro da ESF deve buscar a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade, os recursos materiais e os recursos da comunidade (AMARANTE *et. al.*, 2011, p. 02).

Pinto *et. al.* (2012) ainda destaca que a complexidade dos problemas de saúde mental exige uma articulação entre as diversas formas assistenciais às quais o usuário é submetido e recorre como subsidio para suas demandas e a

necessidade de sua vida. No campo da saúde mental, o território constitui o lugar onde as situações, as pessoas ou as relações mais complexas que envolvem o seu equilíbrio ou desequilíbrio estão presentes.

A saúde mental prioriza, desse modo, ações voltadas à inclusão social, cidadania e autonomia de pessoas que possuem transtornos mentais. Essas mudanças têm enfrentado obstáculos na superação do modelo biomédico que já existe. Nesse sentido, identifica-se o movimento social de profissionais usuários e familiares que tem favorecido ao longo do processo mudanças na legislação e a proposição de novos de atenção a saúde mental. O Ministério da Saúde, tem realizado políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da atenção básica; vem estimulando ações que remetem a dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população neste nível de atenção (CORREIA *et. al.*, 2011).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, visando analisar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica do município de Felipe Guerra-RN.

Uma pesquisa descritiva, têm por sua vez, o objetivo de descrever cautelosamente sobre os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado. Diferentemente da pesquisa exploratória, nesta, o assunto da pesquisa já é conhecido. A grande contribuição das pesquisas descritivas é atribuir novas visões sobre uma realidade já conhecida (AUGUSTO et al., 2013).

Para Gil (2008), uma pesquisa exploratória proporciona ao pesquisador popularizar um assunto ainda pouco conhecido ou explorado. Seu principal objetivo é trazer uma visão geral sobre determinado fato. Comumente, é realizada através de entrevistas não padronizadas e estudos de caso, e envolvem levantamento bibliográfico e documental. Enquanto, procedimentos de amostra e abordagens quantitativas de coleta de dados não é de costume serem utilizadas neste tipo de pesquisa.

De acordo com Soratto et al., (2014), a pesquisa qualitativa busca uma aproximação com o mundo de significados das relações humanas e suas ações. Traz uma série de informações para serem analisadas e organizadas, a fim de responderem às indagações propostas. A pesquisa qualitativa exige do pesquisador a compreensão e a capacidade de colocar-se no lugar do outro, para que assim, possa estabelecer uma escuta sensível e atenta quanto à multiplicidade de vozes dos participantes da pesquisa.

Este tipo de pesquisa permite aproximações com outras áreas do saber, além da aquisição de habilidades utilizadas em outros referenciais teórico-metodológicos e conhecimento frente a questões pertinentes à saúde. Nesta abordagem, não há somente um modo de pesquisar, e sim, modos distintos que se apoiam num mundo de visões diferentes (SORATTO et al., 2014).

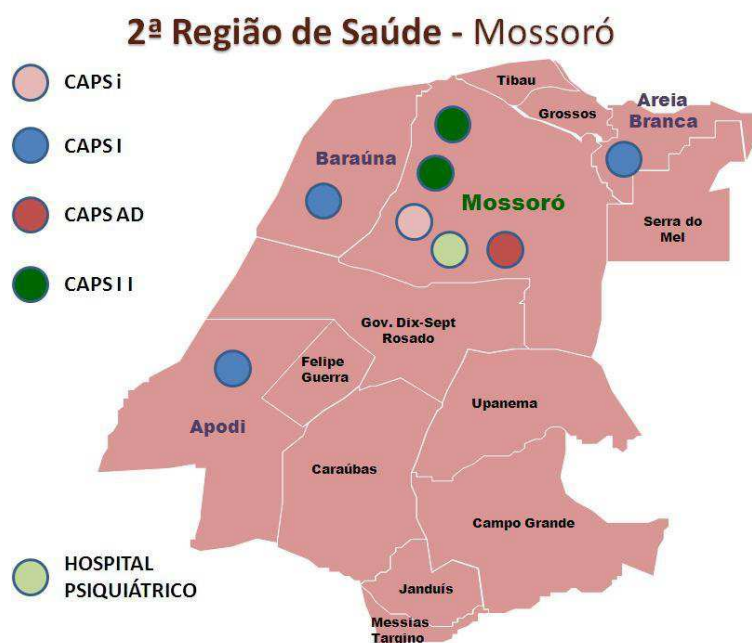
Por último, o uso dessa abordagem procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, procurando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências (OLIVEIRA, 2011).

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade de Felipe Guerra. A mesma está localizada no interior do estado do Rio Grande do Norte, e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, tinha uma população de 5.734 mil habitantes e área territorial de 268 km².

A cidade está inserida na 2^a Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte. Esta região contempla 14 municípios: Baraúna, Mossoró, Governador Dix-sept Rosado, Tibau, Felipe Guerra, Caraúbas, Upanema, Campo Grande, Janduí, Messias Targino Grossos, Areia Branca, Serra do Mel.

Nesta Região de Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial é formada por dois Centros de Atenção Psicossocial II (CAPSII), um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III). No entanto, estes dispositivos localizam-se no município de Mossoró. A cidade oferta atendimento pelos demais dispositivos da rede: Atenção Básica em Saúde, Hospital regional, Hospital Psiquiátrico e Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) e serviço ambulatorial especializado.



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte RN. Ano de vigência 2010-2011.

O município de Felipe Guerra dispõe de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e duas Estratégias de Saúde da Família (ESF), uma delas fica

localizada na zona urbana, e outra (em fase de implantação) fica localizada na zona rural. No entanto, as populações de alguns sítios da zona rural são atendidas por postos de saúde e, em outras comunidades o atendimento é feito a domicílio.

O estudo foi realizado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Ananias Queiroga que atende a população adstrita da zona urbana da cidade. A escolha dessa UBS foi justamente por esse fato: devido a mesma ser a única Unidade Básica em funcionamento no município.

Quadro 1: Endereço dos locais da pesquisa.

Local	Endereço
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Conjunto Maria de Lourdes, S/N, Cidade Alta
Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Ananias Queiroga	Conjunto Maria de Lourdes, S/N, Cidade Alta

A escolha do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Ananias Queiroga foram escolhidas por serem os únicos serviços em suas modalidades no município. Além disso, os profissionais de saúde do NASF, juntamente com a equipe de saúde da UBS são responsáveis por adotar e fortalecer estratégias de saúde mental na Atenção Básica.

5.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população dessa pesquisa englobou os profissionais de saúde atuantes no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Ananias Queiroga.

Dessa forma, 10 profissionais de saúde constituíram enquanto sujeitos da pesquisa. Os mesmos estão distribuídos da seguinte forma:

Quadro 2: Sujeitos da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos de modo aleatório, e que

Local	Endereço
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	01 educadora física; 01 fonoaudióloga; 01 nutricionista; 01 assistente social.
Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Ananias Queiroga	PSF rural: 01 médico; 01 enfermeiro; 01 dentista. PSF urbano: 01 médico; 01 enfermeiro; 01 dentista

atendesse aos critérios de elegibilidade da pesquisa e os de inclusão e exclusão. Serão empregados os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde de nível superior que estivessem em exercício a mais de seis meses nas equipes selecionadas pela pesquisa e aqueles que aceitaram voluntariamente fazer parte da pesquisa. Por sua vez, foram adotados como critérios de exclusão: os profissionais de saúde que estavam de férias, licença e/ou atestado do serviço no momento da pesquisa.

5.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Após a aprovação da pesquisa pelo CEP, a pesquisadora responsável realizou visitas no local da pesquisa e, desta forma, abordou os profissionais da área da saúde, destacando os objetivos, metodologia, riscos e benefícios da pesquisa em questão.

Aqueles profissionais de saúde que se comprometeram e concordaram em participar da pesquisa, receberam o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Após isso, foi marcado o dia e horário para a realização da entrevista. A mesma ocorreu nas dependências dos serviços de saúde, em uma sala reservada e confortável.

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevistas semiestruturada com o público em questão. Ressalta-se que uma entrevista semiestruturada tem caráter mais espontâneo, e o entrevistador apresenta questões predefinidas, mas isso não impede que a entrevista se desenrole de forma espontânea.

Portanto, a entrevista está relacionada a um diálogo oral entre duas pessoas ou mais, das quais uma delas é o entrevistador e a outra é o

entrevistado, com o objetivo de estabelecer a troca e a obtenção de informações que são necessárias para compreender o assunto posto em pauta ou problema (LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 278).

Para Manzini (1990, 1991, 2012), a entrevista semiestruturada está voltada ao assunto sobre o qual elaboramos um roteiro norteador com perguntas, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer surgir elementos de forma mais acessível e as respostas não estão condicionadas a um padrão de alternativas, onde se refere à necessidade de questionamentos

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados desta pesquisa foi feita de forma qualitativa. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo para explorar as informações dos participantes da pesquisa.

A Análise de Conteúdo, segundo Moraes (1999), “constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos”. Como método de investigação, compreende procedimentos que visam processamento de dados científicos. É uma ferramenta que trabalha em função dos problemas mais diversos que se propõe a investigar (MORAES, 1999).

Para descrever e interpretar o conteúdo é necessário seguir as três fases propostas pela Análise de Conteúdo. A primeira delas se refere a pré-análise, a segunda reporta-se para a exploração do material e, por último, a terceira fase direciona-se para o tratamento dos resultados.

A pré-análise configura-se como um momento inicial, o primeiro contato do pesquisador com os seus dados e informações, devendo este, portanto, fazer a organização do material para análise, de modo a auxiliar na compreensão dos fenômenos estudados. Também é o momento de definir elementos como unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias de acordo com os objetivos a que a pesquisa se propõe (CAREGNATO, 2006).

A exploração do material: também chamada de categorização, consiste no estabelecimento de tomada das decisões, onde o material reunido constitui-se como sendo o corpus da pesquisa, orientando o levantamento de hipóteses,

surgindo a partir disto, sínteses coincidentes e divergentes de ideias entre as hipóteses e o referencial teórico (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2017).

Tratamento dos resultados: esse é o momento aonde o pesquisador irá “conversar” com as informações trazidas pelos participantes, fazendo uso do conhecimento previamente adquirido através do referencial teórico utilizado. A partir disso, surgem os resultados da interpretação frente às informações colhidas, sendo esta a etapa de análise dos dados propriamente dita (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2017).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE, respaldado pela resolução 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, para então, ser executada conforme o planejamento. Também será levado em consideração os aspectos éticos da resolução 0564/2017 do COFEN.

Para a concretização de todos os critérios éticos que a pesquisa necessita, além do Termo de Compromisso (APÊNDICE C) assinado pela pesquisadora, foi fornecido aos participantes o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), que continha informações sobre: objetivos da pesquisa, e a explanação dos riscos e benefícios a quão estarão expostos. Este foi fornecido aos participantes da pesquisa individualmente para assinatura, que implicou a participação livre e voluntária.

Antes disso, foi feita a solicitação de anuência e autorização à Secretaria Municipal de Saúde de Felipe Guerra/RN para sua devida realização.

Os riscos que as participantes puderam se submeter foram: vergonha, constrangimento e medo em responder, no entanto, os riscos foram minimizados a partir do sigilo de sua identidade, bem como foi realizada entrevista individual, de forma objetiva para melhor compreensão da complexidade dos participantes.

Os benefícios para os profissionais envolvidas foram: Refletir sobre as suas práticas em saúde, da importância do papel de cada um para uma possível contribuição na mudança no atual modelo de produzir saúde, ainda resistente, curativista centralizado na pessoa do médico. Se convencer de suas responsabilidades para a comunidade adscrita.

5.7 DESFECHOS

5.7.1 PRIMÁRIO

O estudo possibilitou investigar quais as estratégias existentes no município voltadas para a saúde mental aplicadas à atenção básica do município de Felipe Guerra/RN, assim como possibilitou a melhoria das estratégias já existentes, e ainda, o desenvolvimento de novas ações estratégicas relacionadas a esse tema.

Com essa pesquisa, esperava-se que o tema saúde mental fosse mais abrangido dentro da sociedade e no poder público, e que as estratégias existentes fossem aperfeiçoadas.

5.7.2 SECUNDÁRIO

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam ser encaminhados para a Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança da FACENE/FAMENE, e deste modo, publicados tanto neste quanto em outros periódicos.

Os resultados ainda serão encaminhados para apresentação à Secretaria de Saúde do município de Felipe Guerra, que permitiu que a pesquisa fosse realizada na Unidade Básica de Saúde do município. Os profissionais envolvidos na pesquisa também receberão os resultados, assim como, a população, se assim desejar, e quaisquer outros indivíduos interessados no tema e na pesquisa. A biblioteca da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN também irá disponibilizar da pesquisa, para que outros acadêmicos possam fazer uso do conteúdo disponibilizado.

5.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas foram de responsabilidade da pesquisadora que a realizou. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró tão-somente se comprometeu em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, assim como orientador e banca examinadora.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

A seguir, segue-se a descrição dos perfis dos profissionais de saúde que participaram deste estudo. Foram entrevistados dez (10) profissionais que fazem parte do corpo de funcionários de saúde do município de Felipe Guerra/RN.

A idade dos mesmos variou entre vinte e quatro e trinta e dois anos, em que duas (02) pessoas tinham vinte e quatro anos; quatro (04) tinham trinta anos; dois (02) tinham vinte e sete anos; e dois (02) tinham trinta e dois anos. Com relação ao Estado Civil, seis (06) dos entrevistados se declararam solteiros; três (03) se declararam casados; e um (01) relatou estar em uma união consensual. Quanto ao grau de formação, seis (06) possuem apenas o nível superior e quatro (04) tem pós-graduação. Por fim, com relação à raça/cor, seis (06) se declararam brancos; três (03) se declararam negros; e um (01) se declarou pardo.

6.2 ANÁLISE DAS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM RELAÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE FELIPE GUERRA/RN

Representados pela letra P (profissionais), quando questionados sobre quais as estratégias que o município oferece para atender pacientes que sofrem de transtornos mentais ou problemas mentais, três (03) dos entrevistados responderam que o Programa de Saúde da Família (PSF) fazia o acompanhamento desses pacientes; quatro (04) pessoas responderam que o município não faz atendimento com relação à isso; e apenas uma (01) pessoa afirmou que o acompanhamento é simples para porte de atenção básica. Finalmente, duas (02) pessoas responderam que os casos graves eram encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município vizinho, como é possível perceber nos trechos abaixo:

P1: No momento não possui políticas de estratégias no município;

P2: Acompanhados apenas pelo ESF;

P3: Não há um grande número de estratégias, apenas um bom acompanhamento.

Levando em consideração essas respostas, tem-se que, de acordo com Guimarães (2016), a atenção básica é capaz de realizar dois principais tipos de

ações com relação à saúde mental. São elas (a) ouvir as queixas relativas ao sofrimento psíquico, ou seja, perceber as diversas reclamações dos que utilizam o serviço; e (b) desenvolver ações para lidar com os problemas quando possível. Se assim não for possível, seu dever é, de fato, encaminhar os pacientes para serviços especializados. A autora ainda revela que o principal passo para melhorar esse serviço seria prover uma maior inclusão da saúde mental como prioridade e prática na atenção básica.

Sobre o Programa de Saúde da Família (PSF), Tadokoro (2012) assegura que este serve como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental. Com relação à maioria ter respondido que o município não faz esse tipo de atendimento, de fato, Waidman et. al. (2012, p. 347) pontua que “apesar de os princípios da ESF preconizarem maior aproximação entre usuário e profissionais, na prática não atendem às necessidades das famílias de pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico”.

Já com relação ao encaminhamento dos casos mais graves ao CAPS, Ferreira et. al. (2016, p. 73) afirma que “atualmente considera-se o CAPS um dispositivo como modelo e paradigma de atenção à saúde mental que tornou-se componente central para determinada política no campo da saúde mental”.

O questionamento seguinte dizia respeito à opinião dos entrevistados com relação às atuais estratégias aplicadas na atenção básica do município no que concerne à saúde mental. Três (03) pessoas revelaram que não existem estratégias; outras três (03) afirmaram existir, porém muito simples e dentro da realidade do município; duas (02) pessoas disseram que as poucas estratégias que têm devem ser melhoradas. Por fim, duas (02) pessoas pontuaram a existência de campanhas para concretização dos serviços.

P4: Não existe;

P5: Não existe estratégias específicas;

P6: Acredito está sendo feita no que pode ser feito a nível municipal.

Assim, diante das respostas, avalia-se a importância do desenvolvimento de estratégias ligadas à saúde mental, no que Camatta, Tocantins e Schneider (2016, p. 282) consideram:

O cenário da ESF é um importante espaço de promoção dos cuidados em saúde mental, por ser uma unidade de saúde territorializada e ter a família como seu foco de cuidado, sendo necessário, portanto, escutar suas expectativas quanto ao atendimento em saúde mental na ESF. Essa compreensão pode contribuir para a construção de ações de saúde mental na ESF, acolhendo as necessidades expressas pelos familiares em prol da consolidação do modelo de atenção psicossocial.

A partir da afirmação dos autores, é possível reconhecer importância do espaço do ESF para o desenvolvimento de maiores ações de controle e cuidados relacionados à saúde mental, principalmente em locais em que isso é bastante necessário. Sinibaldi (2013, p. 65) também considera que “a Estratégia da Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica”. Seus princípios são, entre muitos e de acordo com a autora, a atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade etc.

Quando questionados quais eram suas opiniões à respeito do tratamento de saúde mental no município, cinco (05) profissionais foram enfáticos ao afirmarem que é de “suma importância”; já os outros cinco (05) defenderam aspectos “que precisam melhorar”.

P7: Precisa ser melhorada, já que os mesmos só têm acompanhamento pelo ESF;

P8: É muito importante criar estratégias voltados para esse público;

P9: Acho de grande importância, vista que é um problema que vem tendo grande crescimento.

Segundo Pacheco et. al. (2018), de acordo com o desenvolvimento da doença, o diagnóstico pode se mostrar correto ou equivocado, muitas vezes, fazendo com que o profissional tenha que mudar o plano de tratamento do usuário, procurando mostrar a importância de um olhar atento aos possíveis equívocos no diagnóstico e à sua possibilidade de mudança dentro do tratamento.

Já sobre a necessidade de melhorias, Jorge et. al. (2014) afirma que a qualidade e a continuidade do cuidado dependem da articulação entre a Atenção

Primária e os outros serviços de saúde mental, em diferentes níveis de complexidade, desde o Centro de Saúde, passando pelos CAPS e envolvendo hospitais de referência quando necessário, contribuindo para a melhoria da assistência prestada e ampliação do acesso da população aos serviços.

De forma abrangente e de caráter quase padronizado, os profissionais afirmaram que os pacientes do município são acompanhados pelo Programa de Saúde da Família o (PSF), e que é importantíssimo a realização desse tipo de acompanhamento. Porém, de acordo com os profissionais, precisa-se de uma atenção mais específica e de profissionais mais capacitados para os que possuem esse tipo de transtorno, precisando melhorar as estratégias que o município fornece. Enfatizaram também que esse tipo de tratamento especializado em caso graves só acontece na cidade vizinha (Município de Apodi/RN), que possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas com muita dificuldade de acesso por vários motivos.

O CAPS é um serviço aberto, com equipe multiprofissional que presta atendimento à população, acompanhamento clínico em regime diário, evitando as internações psiquiátricas, fortalecendo a reinserção social dos usuários na sua comunidade, promovendo a articulação com os demais serviços da rede, regulando a porta de entrada na assistência em saúde mental, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica, dentre outras ações fundamentais que dão significância à RP no Brasil (OLIVEIRA et. al., 2017).

Gazignato et. al. (2014) ainda reforça que os CAPS são um serviço estratégico para promover a desospitalização. Porém, os CAPS e os outros equipamentos substitutivos não são, ainda, suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades do País. Vale ressaltar que hoje apenas municípios com mais de vinte mil habitantes tem acesso a esse tipo de Centro. E que os municípios que adquirem têm que disponibilizar a contrapartida em torno de 50 a 60% para a manutenção destes, sendo que o Governo Federal disponibiliza um valor apenas como incentivo.

Essa problemática também foi bastante relatada pelos profissionais, pois o município vizinho (Apodi/RN) adquiriu um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adicionando a população de Felipe Guerra/RN, assinando convênios de parceria. Porém, o atendimento só acontece em caso extremos e com muitas

dificuldades, pois o município alega que gasta muito para a manutenção do Centro e que os recursos devem ser destinados aos munícipes da cidade.

Outro questionamento foi se no ambiente de trabalho os profissionais já tinham se deparado com alguma situação em que precisou/precisa ter conhecimento das estratégias de atenção básica à saúde mental. Todos os entrevistados afirmaram que “sim”.

Nesse contexto, os profissionais da atenção básica precisam estar cientes de que o cuidado em saúde mental, além das demandas geralmente centradas apenas na doença, deve identificar as necessidades de saúde mental. Somente assim, a pessoa que necessita do cuidado não será considerada em função do transtorno instalado excluindo-se todos os outros fatores que contribuem para esse adoecimento (OLIVEIRA et. al., 2017).

Quando questionados a respeito do que precisa ser melhorado ou acrescentado para melhorar as estratégias de Saúde Mental aplicadas na Atenção Básica, dois (02) dos entrevistados afirmaram que uma das alternativas seria a abertura de um CAPS com profissionais capacitados (mesmo o município não tendo população mínima). Duas (02) pessoas deram como alternativa para melhoria da assistência básica à saúde mental a realização de palestras e visitas às residências, desta forma, prestando uma maior assistência das famílias. Cinco (05) pessoas disseram que era necessário a criação de estratégias. Uma (01) pessoa deu como alternativa a socialização de doentes mentais. Algumas das respostas nos indicam isso:

P3: Serem criadas, pois o município não contempla;

P5: Profissionais mais capacitados e palestras seriam as primeiras ações;

P8: Serem criadas e contratação de profissionais capacitados é a principal.

De acordo com Junior (2013), é necessário romper os preconceitos que existem em torno de pessoas com doenças mentais e, dessa forma, o autor acredita que é necessário realizar ações que promovam a inclusão destes, para que dessa maneira diminua a segregação relacionada aos transtornos mentais. Estas são modificações necessárias para a melhoria da qualidade da saúde

mental. Ainda a respeito das práticas de melhoria da Saúde Mental, Moliner e Lopes (2013) afirmam que:

Muitos ainda são os desafios para solidificar as políticas de saúde mental. Para que isso aconteça é necessário consolidar e ampliar a rede de atenção básica, com preceitos de base comunitária e territorial, e ainda, é necessário que o entendimento dos profissionais que atuam na atenção básica esteja voltado para a ideia de saúde, pois se entende que as concepções definem as práticas. Ainda se prevê que nos casos já instalados da doença/transtorno mental, a atenção básica busque reintegrar na comunidade as pessoas acometidas, que essas não sofram mais com a exclusão e com a violência social. (MOLINER E LOPES, 2013, p. 1074).

Foi requisitado que os profissionais atribuíssem o nível que estes dariam às estratégias de atendimento à saúde mental na Atenção Básica em um nível de 01 a 05. Um total de 8 (oito) pessoas, 80% dos entrevistados, atribuíram nota de nível 03 (três), enquanto 20%, duas (02) pessoas, deram nota de nível 02 (dois) às estratégias de atendimento.

Wenceslau e Ortega (2015) enfatizam que pessoas que sofrem com transtornos mentais necessitam de sistemas de saúde que atendam às suas necessidades e cuidados, e que também disponibilizem recursos de melhor fundamentação científica disponível, de uma maneira muito mais potente e detalhados sobre as experiências em curso, para que através destes estudos, sejam criadas novas alternativas, melhorando cada vez mais os impasses culturais. Segundo os autores, o caminho para alcançar este objetivo só é possível, num menor prazo e de maneira sustentável, por meio de uma atenção primária forte, que integrada a uma rede de saúde mental organizada e com recursos especializados (WENCESLAU & ORTEGA, 2015).

A questão final solicitou que os mesmos relatassem sobre as potencialidade e dificuldades para operacionalização das estratégias de saúde mental no município. A união da equipe foi respondida como potencialidade por seis (06) entrevistados, que relataram como dificuldade a falta de profissionais especializados; quatro (04) relataram como potencialidade o desejo de desenvolver estratégias que melhorem a vida dos pacientes, acrescentando como dificuldade a falta de recursos para a realização.

P1: Como potencialidade temos a união da equipe técnica e seu engajamento por busca de melhorias e a dificuldade é a falta de profissionais especializados para esses pacientes;

P2: O desejo de desenvolver estratégias e ações com foco nesse público na tentativa de melhorar a vida desses pacientes e a dificuldade operacional é a falta de recursos para essa problemática.

Sobre essa necessidade de união em equipe na Atenção Básica, Santos et. al. (2016, p. 131) afirma que é necessário “[...] envolver os trabalhadores articulando uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe e fazendo com que haja uma reconfiguração do processo de trabalho na ESF.” Já sobre os relatos associados à falta de profissionais especializados, Magnago e Pierantoni (2015, p. 10) relatam a necessidade dos profissionais de saúde “[...] possuírem mercado de trabalho favorável, com maiores possibilidades de progressão acadêmica e profissional, além de ganhos salariais”.

O desejo de desenvolver estratégias que melhorem a vida dos pacientes, outrossim, é um aspecto que Mota (2006, p. 324) põe em foco ao abordar a necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem uma “[...] construção permanente de laços de cidadania, de um modo de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas” com relação aos pacientes.

Com relação à falta de recursos para a realização, de fato, Silva et. al. (2019, p. 65) afirmam que:

Em períodos de crise econômica, os fatores protetores da saúde mental são enfraquecidos, os fatores de risco são reforçados e a saúde mental é negativamente afetada. À medida que o nível socioeconômico decresce, devido ao desemprego, empobrecimento e endividamento, as pessoas vivem maior incerteza, insegurança e perda, instalando-se a desesperança e os problemas de saúde mental.

Nesse sentido, e quanto à conjuntura que o Brasil enfrenta frente à uma recessão, serviços e programas são afetados de formas muitas vezes radicais, que prejudicam o atendimento à população. O município de estudo também sofre com esses dilemas de falta de recursos para investimento em estratégias para esse público.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as estratégias de saúde mental oferecidas na Atenção Básica do município de Felipe Guerra-RN. Para tanto, foram traçados os seguintes objetivos específicos: identificar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica; descrever as potencialidades e as dificuldades para operacionalizar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica; perceber novas estratégias de saúde mental para qualificar a atenção à saúde mental no município.

Nesse sentido, foram realizadas entrevistas com dez (10) profissionais de diferentes funções da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município e, através de suas opiniões, foi possível fazer uma análise das estratégias de saúde mental que o município possuía, obtendo-se os seguintes resultados: com relação as estratégias que o município oferece, pode-se dizer que não existem, visto que a maioria afirmou que o mesmo não possui. Assim, como potencialidade, a união da equipe técnica e o desejo de desenvolver estratégias que melhorem efetivamente a vida dos pacientes foram apresentados como principais objetivos dos profissionais.

As dificuldades operacionais que foram apontadas no contexto foram a falta de recursos financeiros, assim como profissionais especializados na área. Desse modo, a partir do que foi observado, o município não possui estratégias específicas que atendam esse público, se destacando apenas o acompanhamento pelo PSF. Os profissionais reconhecem a importância desse tipo de estratégia e entendem que é necessário um maior investimento por parte do governo municipal, que apenas se adapta às suas condições, mediante o cenário econômico em que se encontra.

Diante do quadro analisado, notou-se que os profissionais trabalham com eficiência, utilizando os recursos disponíveis. Sendo assim, percebe-se que é necessária uma maior atenção voltada para a Saúde Mental, além da inserção de profissionais específicos da área, para que, desta forma, existam estratégias e um atendimento mais específico voltado ao público que sofre com problemas de Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

AOSANI, Tânia Regina e NUNES, Karla Gomes. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde [online]**. 2013, vol.5, n.2 [citado 2018-05-28], pp. 71-80.

AMARANTE, Aline Lage; LEPRE, Alessandra dos Santos; GOMES, João Leonardo Dias; PEREIRA, Audrey Vidal; DUTRA, Virgínia Faria Damásio. AS ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. Universidade Federal de Santa Catarina. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2011.

ANTONACCI, Milena Hohmann; PINHO, Leandro Barbosa de. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: uma abordagem convergente assistencial. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre-RS, mar. 2011.

AUGUSTO, Cleiclele Albuquerque et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Piracicaba-SP, v. 51, n. 4, p. 745-764, out/dez, 2013.

ALQUATI, Larissa Ribeiro; BARBOSA, Guilherme Correa. A INTERFACE ENTRE ASAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista UNINGÁ**. UNESP. Botucatu/SP: 2017.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica, nº 39**. Núcleo de Apoio à saúde da família – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, Brasília 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab39>. Acesso em 21 abr. 2017.

BRASIL. RESOLUÇÃO COFEN Nº 0564/2017, 6 de novembro de 2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA; Mônica Aparecida. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia**. Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. São Paulo: 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v12n1/v12n1a08.pdf>. Acesso em 05 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico**. Brasília: outubro de 2015.

BARBOSA, Erika Guerrieri; FERREIRA, Dircilene Leite Santos; FURBINO, Sheila Aparecida Ribeiro; RIBEIRO, Elice Eliane Nobre. **Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG**. Revista Fisioterapia em Movimento, 2010.

CAMATTA, Marcio Wagner; TOCANTINS, Florence Romijn; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: Expectativas de familiares. **Escola Anna Nery**, 20 (2) abr.-jun. 2016.

CANDIDO, Maria Rosilene et al. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 110-117, dez. 2012.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista Esc. Enferm.**, São Paulo, 2011.

FERREIRA, Jhennipher Tortola et. al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes**, Rolim de Moura, vol. 4, n. 1, jan./jun., p. 72-86, 2016.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. **A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais**. Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a08v22n4.pdf>. Acesso em 19 abr. 2018.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO**, V. 38, N. 101, P. 296-304, ABR-JUN 2014;

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Editora Atlas S.A. 6ª ed., São Paulo: 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em 21 mai. 2017.

GUIMARÃES, Ana Carolina Rodrigues. **ATENÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**: Proposta de intervenção. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, 2016.

JÚNIOR, Carlos Antônio Lima. **PLANO DE AÇÃO PARA MELHORIA DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE URBANA DO MUNICÍPIO DE GIRAU DO PONCIANO – ALAGOA**. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA. Girau do Poncioano/AL. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6170.pdf>. Acesso em 21 mai. 2019.

JORGE, Maria Salete Bessa; VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira; JUNIOR, Euton Freitas de Castro; BARRETO, Levi Alves Barreto; ROSA, Lianna Ramalho de Sena; LIMA, Leilson Lira. Resolubilidade do cuidado em saúde

mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Revista Esc. Enferm.** USP 2014; 48(6):1062-8.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão.** Universidade Luterana do Brasil, Unidade Universitária de Gravata – RS, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>. Acesso em 19 abr. 2018.

LUIZA, Anna. **Serviços Substitutivos de Saúde Mental.** Instituto Saúde Mental, 2011. Disponível em: <http://psi-saude.blogspot.com.br/2011/03/servicos-substitutivos-de-saude-mental.html>. Acesso em 16 abr. 2018.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. **Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira.** Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), São Paulo. 2012.

LANCMAN, Selma; BARROS, Juliana de Oliveira. **Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2011.

Larissa Bertagnoni, Ana Lucia Marinho Marques, Melissa Tieko Muramoto, Elisabete Ferreira Mângia. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Terapia Ocupacional.** Univ. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 153-162, maio/ago. 2012.

MARTINS, Álissan Karine Lima; SOARES, Flaviana Dávila de Sousa; OLIVEIRA, Francisca Bezerra; SOUZA, Ângela. **DO AMBIENTE MANICOMIAL AOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS: A EVOLUÇÃO NAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL.** Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba. 2011.

MAGNAGO, Carinne; PIERANTONI, Celia Regina. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, JAN-MAR 2015.

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

MORAES, Roque. Análise de Conteúdo. Revista Educação, Porto Alegre. 1999.

MOTA, Roberta Araújo et. al. PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 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**. Brasília, novembro de 2005.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. O Mundo da Saúde. São Paulo: 2010.

OLIVEIRA, Maxwell. **METODOLOGIA CIENTÍFICA: um manual para a realização de pesquisas em administração**. Universidade Federal de Goiás. 2011. Disponível em: [https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual de metodologia científica - Prof Maxwell.pdf](https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf). Acesso em 16 abr. 2018.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde**. Universidade Estadual de Feira de Santa. Feira de Santana: 2010.

OLIVEIRA; Artur Luís Linck de. **PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL: o analista e sua inserção na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2015. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo-RS, 2015. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/5575/Artur%20Lu%C3%ADs%20Linck%20de%20Oliveira_.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 18 mar. 2017.

OLIVEIRA, Elisangela Costa; MEDEIROS, Ana Tereza de Flávia; TRAJANO, Maiele Pedroza; NETO, Gabriel Chaves; ALMEIDA, Sandra Aparecida; ALMEIDA, Luana Rodrigues. **O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica**. Escola Anna Nery 2017;21(3):e20160040.

PACHECO, Sofia Uchôa Cavalcanti; RODRIGUES, Sílvia Rita; BENATTO, Marcelo Costa. **A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re)construção do seu projeto de vida**. Mental - v. 12 - n. 22 - Barbacena-MG - Jan-Jun 2018 - p. 72-89.

PINTO, Antonio Germane Alves; JORGE, Maria Salete Bessa; VASCONCELOS, Mardenia Gomes Ferreira; SAMPAIO, José Jackson Coelho; LIMA, Gláucia Posso; BASTOS, Valéria Carneiro; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. **Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 2012.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO I, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 24, n. 1, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf. Acesso em 01 abr. 2017.

ROMERO, Sandra Leria; CASSINO, Luciana. **SAÚDE MENTAL NO CUIDADO À GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL**. Faculdade Ciências da Vida, 2017.

SANTOS, Maria Tatyane Ribeiro. **Serviço Social e Saúde Mental: A importância da Intersertorialidade E Integralidade Das Políticas Sociais**. Universidade Estadual da Paraíba. Campinas Grandes – PB, 2018.

SANTOS, Élem Guimarães dos; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. **Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009**. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória/ES: 2010.

SANTOS, Aline Brauna dos; SILVA, Grayceane Gomes da; PEREIRA, Maria Erica Ribeiro; BRITO, Roberta Sampaio de. **SAÚDE MENTAL, HUMANIZAÇÃO E DIREITOS HUMANOS**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis: 2018.

SANTOS, Rafael Rocha dos et. al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, 18 (1): 130-139, jan-mar, 2016.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. **A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção**. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Ciência & Saúde Coletiva. Eunápolis/BA: 2013.

SILVA, T.CR; CAMPOS, M.M. Gestão de Saúde Mental em Município de Pequeno Porte no Estado do Rio de Janeiro. **VÉRTICES**, Campos dos Goytacazes/RJ, v.17, n.3, p. 35-64, set./dez. 2015.

SINIBALDI, Barbara. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP** 12 (2), 2013.

SORATTO, Jacks et. al. A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Rev. Bras. Enfermagem**, nov./dez. 2014.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método**. In: Organizações Rurais Agroindustriais, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005. Disponível em <http://200.131.250.22/revistadae/index.php/ora/article/view/210/207> . Acesso em 29 mai. 2017.

SILVA, Manuela et. al. **A saúde mental e a crise económica**. Centro de Estudos de Doenças Crônicas (CEDOC), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2019.

TADOKORO, Daize Carvalho. **TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**: Uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS. Universidade Federal de Minas Gerais. Uberaba/MG, 2012.

VASCONCELOS, Ariane Maria Alves; SILVA, Denilson Gomes. **Concepção de Cuidados Em Saúde Mental Na Atenção Primária Á Saúde**. Revista ciência e saúde, Florianópolis - SC, Brasil, 2015.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini et. al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2012; 25 (3): 346-51.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO** 2015; 19 (55): 1121-32.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)

Prezado (a) Sr (a).

A seguinte pesquisa que tem por título **ESTRATÉGIAS DE SAÚDE MENTAL APLICADAS À ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FELIPE GUERRA – RN, desenvolvido por CLEILMA DE LIRA LOPES GURGEL**, desenvolvido por CLEILMA DE LIRA LOPES GURGEL, pesquisador associado e aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação do (a) pesquisador (a) responsável, o professor Rúbia Mara Maia Feitosa, que tem como objetivo geral: Analisar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica do município de Felipe Guerra-RN.

E como objetivos específicos: Identificar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica; Descrever as potencialidades e as dificuldades para operacionalizar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica; e perceber novas estratégias de saúde mental para qualificar a atenção à saúde mental no município.

A mesma justifica-se pela contribuição com a sociedade, visando que trará várias formas para melhorar a qualidade de vida da população que possui transtornos mentais ou outras doenças relacionadas com esse tema, ao mesmo tempo em que se buscará melhorar estratégias que já existam, corrigindo possíveis falhas que venham a ser encontradas, melhorando a desenvoltura das práticas de assistência da cidade e dos profissionais envolvidos nestes procedimentos.

Com relação aos riscos desta pesquisa, estes serão mínimos, visto que não haverá constrangimento, ressaltando-se que o questionário será anônimo, a fim de não comprometer a integridade do profissional de forma nenhuma. Já com relação aos benefícios, estes serão satisfatórios, visto que trarão um conhecimento maior com relação a saúde mental, dando a oportunidade ímpar aos profissionais de se aprofundarem sobre isso na cidade e no ambiente onde trabalham.

Desta forma, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicito a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os

resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.).

Convém informar que será garantido o seu anonimato, bem como será assegurada a sua privacidade e o seu direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Portanto, não é obrigatório fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam quaisquer riscos.

O pesquisador e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____,
declaro que entendi os objetivos, a justificativa, os riscos e os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias iguais, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró/RN, ____/____/2018.

ORIENTADOR PESQUISADOR

Participante da Pesquisa

¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável:

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone: +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Felipe Guerra, ____ de _____ de 2018.

***Dados demográficos**

- Idade: ____

- Estado civil:

Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a) () União Consensual () Separado (a) Judicialmente ()

***Grau de Formação**

Superior () Pós-graduação () Mestrado () Outros (): _____

***Raça/cor**

Branco () Pardo () Negro () Índio ()

***Perguntas**

1. Quais as atuais estratégias que o município oferece para atender pacientes que sofrem de transtornos ou problemas mentais?
2. Qual sua opinião a respeito das atuais estratégias aplicadas na atenção básica no município?
3. Qual a opinião do profissional a respeito do tratamento à saúde mental no município?
4. No ambiente de trabalho, já se deparou com alguma situação em que precisou/precisa ter conhecimento das estratégias de atenção básica à saúde mental?
5. O que precisa ser melhorado ou acrescentado para melhorar as estratégias de saúde mental aplicadas na atenção básica?
6. Qual o nível que o profissional dá as estratégias de atendimento à saúde mental na atenção básica: (0) (1) (2) (3) (4) (5)
7. Fale sobre as potencialidades e as dificuldades para a operacionalizar as estratégias de saúde mental desenvolvidas na atenção básica?

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa intitulada ESTRATÉGIAS DE SAÚDE MENTAL APLICADA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE FELIPE GUERRA/RN. Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o dia, mês de ano, como previsto no cronograma de execução. Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via Emenda. Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores envolvidos, como também, os resultados do estudo serão divulgados no posto de Saúde Santana, onde os dados foram obtidos, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

Mossoró, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável