



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC

Sued Macedo Lopes

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: construção de um
instrumento avaliativo e sua aplicação em diferentes portes populacionais de municípios
brasileiros**

Florianópolis

2021

Sued Macedo Lopes

AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: construção de um instrumento avaliativo e sua aplicação em diferentes portes populacionais de municípios brasileiros

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva
Orientadora: Prof. Dra. Cláudia Flemming Colussi.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lopes, Sued

AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA : construção de um instrumento avaliativo e sua aplicação em diferentes portes populacionais de municípios brasileiros / Sued Lopes ; orientador, Claudia Flemming Colussi, 2021.
157 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Avaliação em Saúde. 5. Saúde Mental. I. Flemming Colussi, Claudia . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Sued Macedo Lopes

AValiação da Saúde Mental na Atenção Básica: construção de um instrumento avaliativo e sua aplicação em diferentes portes populacionais de municípios brasileiros

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Daniela Alba Nickel, Dra.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Profa. Lilia Aparecida Kanan, Dra.
Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde – PPGAS da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi
Coordenadora do PPGSC - UFSC

Profa. Dra. Claudia Flemming Colussi
Orientadora
PPGSC - UFSC

Florianópolis, 2021.

Este trabalho é dedicado à minha mãe Nilva, ao meu pai Onéris e minha irmã Amábile que sempre me apoiaram e acreditam nos meus objetivos. A minha esposa e companheira Luviane que esteve ao meu lado durante toda a caminhada. Às pessoas que contribuíram de alguma forma a realizá-lo e todos que apoiam e defendem o SUS.

AGRADECIMENTOS

Como em toda boa jornada pude encontrar pessoas incríveis às quais devo agradecer por terem me apoiado, ajudado e contribuído de alguma forma para este projeto de vida.

Primeiramente a minha professora e orientadora Claudia F. Colussi, pessoa excepcional, dedicada e ética, a qual me acolheu e compartilhou de forma admirável seus conhecimentos, enriqueceu todas as etapas contidas no trabalho. Meus sinceros agradecimentos.

À minha família Nilva, Onéris e Amábile que tenho imenso orgulho em dizer que sem eles meus sonhos não se concretizariam. São as pessoas que sempre me motivaram a seguir em frente, sempre me faz acreditar que seria capaz.

A Luviane Esmério, pelo amor, partilha e companheirismo, agradeço a compreensão e que sem seu apoio, não chegaria ao fim deste percurso.

Ao meu amigo Ian Jacques e amiga Larissa Weber, que tive a honra de compartilhar momentos de estudo e trabalho, e que sempre contribuíram de forma muito responsável em todas as etapas dessa pesquisa. Desejo que nossa amizade continue firme assim como nosso desejo pela pesquisa.

A meus amigos Thiago Hutiele e Laryssa Esmério que sempre deram força e suporte quando precisei.

Às professoras integrantes da banca de defesa dessa dissertação Daniela Nickel e a Lilia Kanan, obrigado pelo aceite do convite e pelas contribuições.

Aos participantes da oficina de consenso Fernando Hellmann, Daniela Nickel, Ana Caroline Secco, Ian Jacques por terem aceitado ajudar no aprimoramento dos instrumentos da pesquisa.

Aos professores do PPGSC da UFSC que contribuíram para meu aperfeiçoamento pessoal e profissional, em especial a Josimari Telino, Cristina Calvo, Marta Verdi, Mauro Serapioni, Sergio Fernando e Douglas Kovaleski. E a todos que de alguma forma ajudaram na construção desse estudo.

Obrigado!

RESUMO

Durante os últimos 30 anos o campo da Saúde Mental passou por transformações profundas. Nesse processo, criou-se dispositivos que asseguram direitos às pessoas com transtornos mentais (Lei nº10.216/11) e uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com serviços específicos para acompanhar e tratar das demandas relacionadas. Diversos estudos têm identificado aumento expressivo da prevalência de transtornos mentais no mundo. Dessa forma, a Atenção Básica se configura como um dos pontos estratégicos e busca pela ampliação do acesso, desempenham o papel da coordenação do cuidado integral e longitudinal dos usuários. Cerca de 56% das demandas recebidas na Atenção Básica são referentes a sofrimento psíquico. Para isso, foram publicados diversos dispositivos voltados para a Saúde Mental na Atenção Básica, orientações para o processo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde e diferentes formas de cuidado. Mesmo assim, ainda tem se observado dificuldades das equipes em lidarem com essas situações. Esse estudo objetivou avaliar a atenção a Saúde Mental na Atenção Básica no Brasil. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de caráter normativo. Para isso foi desenvolvido um Modelo Teórico-Lógico e uma Matriz Avaliativa a partir de dados provenientes do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A Matriz foi estruturada por dimensões, subdimensões, indicadores e medidas. Para cada componente foi elaborado parâmetros e juízo de valor (Satisfatório, Regular ou Insatisfatório). O instrumento foi validado por *experts* no assunto através da oficina de consenso - Painel de especialistas. A Matriz foi aplicada a 4.625 municípios brasileiros que tinham pelo menos 50% de suas equipes de Atenção Básica participado do 2º Ciclo do PMAQ-AB. O maior quantitativo do juízo de valor encontrado foi Insatisfatório. Os municípios de maior porte (P5) foram os mais Satisfatórios seguido do P4, P1, P3 e P2. O melhor desempenho foi observado na região Sul, seguido da Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Os indicadores com mais baixo desempenho foram relativos às Práticas Integrativas e Complementares, responsabilização nos encaminhamentos para os serviços especializados, matriciamento, utilização de protocolos de específicos para as demandas de Saúde Mental, ações no território na temática da Saúde Mental, qualificação das equipes de saúde, e os relativos à estrutura. Os indicadores identificados como alto desempenho foram de planejamento do processo de trabalho, acolhimento, demanda espontânea, divulgação das ações e serviços, turno de atendimento, acesso a especialistas, acesso aos serviços da UBS, e acesso ao profissional da UBS. O estudo possibilitou a identificação de aspectos relevantes que precisam de melhoria para a Atenção Básica alcançar a integralidade da saúde. Conclui-se que o cuidado em Saúde Mental deve ser realizado no território e no cotidiano onde as equipes de atenção Básica atuam.

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

ABSTRACT

During the past 30 years, the field of Mental Health has undergone profound changes. In this process, provisions were created that ensure the rights of people with mental disorders (Law n° 10.216/11) and a Psychosocial Care Network (RAPS) with specific services to monitor and deal with related demands. Several studies have identified a significant increase in the prevalence of mental disorders. Thus, Primary Care is one of the strategic points and seeks to expand access, playing the role of coordinating comprehensive and longitudinal care for users. About 56% of the demands received in Primary Care are related to psychological distress. For this, several devices were published aimed at Mental Health in Primary Care, guidelines for the work process of professionals in health teams and different forms of care. Even so, difficulties have been observed by the teams in dealing with these situations. This study aimed to assess mental health care in Brazil. This is an evaluative research of a normative character. For this, a Theoretical-Logical Model and an Evaluation Matrix were developed based on data from the 2nd Cycle of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). The Matrix was structured by dimensions, subdimensions, indicators and measures. For each component, parameters and value judgments (Satisfactory, Regular or Unsatisfactory) were elaborated. The instrument was validated by experts on the subject through the consensus workshop - Panel of experts. The Matrix was applied to 4,625 Brazilian municipalities that had 50% of their Primary Care teams participating in the 2nd cycle of the PMAQ-AB. As a way of presenting the results of this dissertation, an article was elaborated that aimed to evaluate the attention to Mental Health in Primary Care, discussing its results in relation to the different population sizes of the Brazilian municipalities. A greater amount of the Unsatisfactory value judgment was identified. The largest municipalities (P5) were the most satisfactory, followed by P4, P1, P3 and P2. The best performance was observed in the South, followed by the Southeast, Northeast, Midwest and North. The indicators evaluated with low performance were related to Integrative and Complementary Practices, accountability in referrals to specialized services, matrix support, use of specific protocols for Mental Health demands, actions in the territory on the theme of Mental Health, qualification of health teams, and those related to the structure. The indicators identified as high performance were planning of the work process, reception, spontaneous demand, disclosure of actions and services, shift attendance, access to specialists, access to UBS services, and access to UBS professionals. The application of the Evaluation Matrix gathered diverse information for further analysis and results. The study enabled the identification of relevant aspects that need improvement for Primary Care to achieve comprehensive health. It is concluded that mental health care must be carried out in the territory and in the daily life where the Primary Care teams work.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas metodológicas da pesquisa.....	69
Figura 2 - Modelo Teórico-Lógico da atenção em Saúde Mental na Atenção Básica	71
Figura 3 - Etapas da análise dos dados da pesquisa	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial.....	29
Quadro 2 - Dispositivos sobre Saúde Mental na Atenção Básica/Atenção Primária	45
Quadro 3 - Desafios para a efetivação da atenção em Saúde Mental na Atenção Básica	47
Quadro 4 - Modelo de avaliação em saúde.....	59
Quadro 5 - Descrição dos indicadores da área de Saúde Mental na avaliação do 2º Ciclo do PMAQ-AB.....	66
Quadro 6 – Análise documental das normativas sobre Saúde Mental e Atenção Básica.....	70
Quadro 7 - Temas correspondentes as variáveis selecionadas dos módulos I e II do 2º Ciclo do PMAQ-AB. Brasil, 2012.	74
Quadro 8 - Síntese dos componentes da Matriz Avaliativa.....	75
Quadro 9 - Considerações de ajustes da Matriz Avaliativa após a oficina de consenso	77
Quadro 10 - Agrupamento das variáveis não dicotômicas da Matriz Avaliativa.....	79
Quadro 11 - Parâmetro e juízo de valor dos indicadores.....	82
Quadro 12 - Parâmetro e juízo de valor das subdimensões.....	83
Quadro 13 - Parâmetro e juízo de valor das dimensões	84
Quadro 14 - Escore e juízo final da agregação geral da Matriz Avaliativa.....	85
Quadro 15 - Matriz avaliativa da atenção à Saúde Mental na Atenção Básica.	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número (n) e percentual (%) de municípios com juízo de valor Satisfatório nas dimensões e subdimensões da Matriz Avaliativa, segundo porte populacional. Brasil, 2012.	96
Tabela 2 - Tabela 2 - Número (n) e percentual (%) de municípios com juízo de valor Satisfatório nos 28 indicadores da Matriz Avaliativa, segundo porte populacional. Brasil, 2012.	97
Tabela 3 - Tabela 3 - Distribuição do número (n) e percentual (%) de municípios que realizam as ações de Saúde Mental na AB, segundo porte populacional. Brasil, 2012.	98
Tabela 4 - Número e percentual de municípios conforme juízo de valor (Satisfatório, Regular, Insatisfatório) segundo porte populacional, região, presença de equipe Nasf-AB e CAPS, e cobertura da AB. Brasil, 2012.	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE Agente de Combate às Endemias
ACS Agente Comunitário de Saúde
AIS Ações Integradas de Saúde
APS Atenção Primária à Saúde
CAA/DAB Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPSij Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CBO Código Brasileiro de Ocupações
CEBES Centro Brasileiro de Estudo em Saúde
CEP Comitê de Ética em Pesquisa
CIT Comissão Intergestores Tripartite
CNASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS Conferência Nacional de Saúde
CNSM Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CSP Cadernos de Saúde Pública
DAB Departamento da Atenção Básica
DATASUS Departamento de Informática do SUS
DINSAM Divisão Nacional de Saúde Mental
EA Estudo de Avaliabilidade
eSF equipes de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
GAM Gestão Autônoma da Medicação
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MLA Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS Núcleo de Assistência Psicossociais

Nasf-AB Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família
NEPAS Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
NOB-SUS Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS Organização Mundial da Saúde
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS Programa de Ações de Saúde e Saneamento
PICS Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNASH Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNPICS Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPGSC Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PREV-SAÚDE Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF Programa Saúde da Família
PTS Projeto Terapêutico Singular
RAPS Rede de Atenção Psicossocial
RAS Rede de Atenção à Saúde
REME Movimento de Renovação Médica
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP Serviços Especial de Saúde Pública
SUDS Sistema Unificado e Decentralizado de Saúde
SUS Sistema único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
UFSC Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF Fundo das Nações Unidas para Infância
UPA Unidade de Pronto Atendimento
WONCA Organização Mundial de Médicos de Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 OBJETIVO GERAL	19
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
2 SAÚDE MENTAL	20
2.1 O PERCURSO DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	20
2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	25
3 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – APS.....	32
3.1 A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	32
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL	36
3.3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	44
4 AVALIAÇÃO.....	55
4.1 DEFINIÇÃO DE AVALIAÇÃO.....	55
4.2 AS QUATRO GERAÇÕES DA AVALIAÇÃO	56
4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	58
4.4 AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	61
4.4.1 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	63
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	68
5.1 TIPO DA PESQUISA.....	68
5.2 ETAPAS DA PESQUISA	68
5.2.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	69
5.2.2 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO.....	71
5.2.3 CONSTRUÇÃO DA MATRIZ AVALIATIVA	72
5.2.4 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ AVALIATIVA .	76
5.2.5 UNIVERSO DA PESQUISA	78

5.2.6 COLETA DOS DADOS.....	78
5.2.7 ANÁLISE DOS DADOS	81
5.2.7.1 PARÂMETRO E JUÍZO DE VALOR DOS INDICADORES.....	81
5.2.7.2 PARÂMETRO E JUÍZO DE VALOR DAS SUBDIMENSÕES	83
5.2.7.3 PARÂMETRO E JUÍZO DE VALOR DAS DIMENSÕES.....	84
5.2.7.4 AGREGAÇÃO FINAL DA MATRIZ AVALIATIVA	84
5.3 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO	85
6 RESULTADOS	86
6.1 ARTIGO 1 – AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: construção de um instrumento avaliativo e sua aplicação em portes populacionais de municípios brasileiros	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
APÊNDICE A	129
APÊNDICE B.....	155

1 INTRODUÇÃO

O conceito, as práticas de tratamento e as estratégias de cuidado em saúde passaram por transformações profundas nos últimos 30 anos no Brasil, desde que a mesma foi garantida como direito de todo e dever do Estado pela constituição de 1988, conforme o Artigo 196 (BRASIL, 1988).

Nesse percurso histórico, podem ser destacados dois marcantes acontecimentos: a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária. Esses movimentos se cruzam na linha do tempo da saúde pública brasileira e ambas têm relação com ideias, projetos e propostas que objetivam um sistema de saúde universal, equitativo, integral, participativo e humanizado (NUNES, 2006; LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Uma série de fatos históricos culminou para a mudança no paradigma da saúde. Com relação à Saúde Mental, destaca-se o conceito da palavra loucura carregada pelo estigma da improdutividade, periculosidade social, o que leva ao desprezo e o afastamento. Pessoas passaram a ser asiladas com tempo indeterminado para “tratamento” nas instituições manicomiais. Esses lugares possuíam mais um caráter de “higiene social” do que qualquer outra coisa (AMARANTE, 1995).

Esses fatos podem ser encontrados no livro- reportagem de Arbex (2013) que retrata as condições da época em um dos hospitais psiquiátricos brasileiros, conhecido como Colônia de Barbacena em Minas Gerais. O tratamento desumano era aplicado em todos, sem distinção de gênero, etnia, idade ou qualquer outra característica. A crueldade era tamanha que foi comparado ao holocausto nazista, chegando a mais de 60 mil mortes nessa instituição.

Assim, a Reforma Psiquiátrica surge para transformar o cuidado em Saúde Mental que vai de encontro ao modelo da época, configurado nas institucionalizações de pessoas em hospitais psiquiátricos.

De 1990 a 2010, o Ministério da Saúde publicou diversos dispositivos legais na temática de Saúde Mental, que envolvem a regulamentação dos serviços, o financiamento, a criação de programas e serviços, dentre os quais destaca-se a Lei 10.216, considerada a “Lei da Reforma Psiquiátrica” que estabeleceu uma série de direitos para pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2010c).

Outro fato significativo atribuído à Reforma Psiquiátrica foi a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída por meio da Portaria 3.088/11, a qual estabeleceu um novo modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil (BRASIL, 2011a).

A RAPS garante o cuidado de pessoas em sofrimento mental por meio de pontos de atenção no SUS, de preferência no território onde a pessoa vive. É imprescindível que o cuidado a essas pessoas seja integral e que promova a autonomia e a inclusão social.

A Atenção Básica, que consiste em um dos componentes da RAPS, tem essas características mencionadas, sendo formada por profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) (BRASIL, 2017a).

Essas equipes podem receber retaguarda especializada dos profissionais que compunham as equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família (Nasf-AB) (BRASIL, 2017a).

A Atenção Básica é considerada a principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É ofertada de maneira gratuita a todas as pessoas, e trabalha com os princípios da integralidade conforme as demandas do território e da singularidade de cada pessoa, no contexto sociocultural, e objetiva a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

O serviço da Atenção Básica se apresentou tão significativo nas avaliações feitas pelo Ministério da Saúde que sua presença se tornou essencial para a reorganização do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Isso resultou na expansão da cobertura de pessoas cadastradas, partindo de sete milhões de brasileiros (4,4%) em 1998 para 143 milhões (70%) em 2017 (PINTO; GIOVANELLA, 2018). O serviço da Atenção Básica deve englobar todos os problemas de saúde das pessoas, incluído os de Saúde Mental, conceito compreendido pelo princípio da integralidade (BRASIL, 2013a).

Os transtornos mentais correspondem a 32,4% dos anos de vida vividos com incapacidade. Esse quantitativo é visto como problema mundial de saúde pública. Em torno de 30% dos adultos possuem algum diagnóstico de transtorno mental, e cerca de 80% desses vivem em países de baixa e média renda (LOPES, 2020).

O Brasil apresenta taxas de prevalência de ansiedade maiores do que a média global, o que tem causado incapacitação de trabalhadores e elevados custos para a saúde pública. Em torno de 3% da população sofre de transtornos mentais graves e persistentes e 9% de problemas mentais leves (BRASIL, 2003a). Em crianças, a prevalência está entre 10,8% e 12,7%. Em adolescentes os números chegam a 30% (BRASIL, 2013a).

Diante deste panorama epidemiológico, a Atenção Básica enfrenta problemas como a alta rotatividade de profissionais, encaminhamentos excessivos, infraestrutura precária, limitação na formação acadêmica, falha na responsabilização, organização precária do cuidado, falha no diagnóstico precoce, falta de registro, ausência de protocolos, insuficiência de ações de promoção em Saúde Mental (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018; GAMA; CAMPOS, 2009).

Além disso, percebe-se a dificuldades em lidar com os casos de sofrimento psíquico, tratamentos inadequados que muitas vezes se resumem à medicalização e/ou encaminhamentos para a RAS (GERBALDO *et al.*, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) ressaltam a magnitude dos transtornos mentais em nível mundial, e reforçam a importância fundamental da APS/Atenção Básica no cuidado em Saúde Mental, na lógica do cuidado em território (OMS/WONCA, 2008).

Entende-se que todo problema de saúde envolve de forma indireta ou direta, certo grau de sofrimento subjetivo/psicológico. Outro fator que tem gerado adoecimento nas pessoas são os determinantes sociais (pobreza, desigualdade, falta de trabalho, violência etc.). Isto tem resultado em uma crescente demanda de problemas de transtornos mentais na população, percebido pelo aumento significativo das demandas recebidas na Atenção Básica. As eAB/eSF precisam estarem envolvidas no território a fim de buscar a solução mais adequada em abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas (BRASIL, 2003^a; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em dados mais expressivos, “56% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental” (BRASIL, 2003^a, p. 3).

A pergunta que guia esse estudo é: quais os resultados da avaliação da atenção à Saúde Mental na Atenção Básica?

Diversas abordagens são preconizadas para que o cuidado ocorra de maneira efetiva. As práticas em Saúde Mental realizadas pela equipe de saúde não precisam ser algo inédito além o trabalho cotidiano e rotineiro realizado na Atenção Básica (BRASIL, 2013a).

É possível citar como estratégias de ação o acolhimento, a criação do vínculo, a escuta qualificada, o diagnóstico, a realização de grupos terapêuticos focais e de saúde, o matriciamento, a construção de projetos terapêuticos, a educação permanente, a utilização das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), entre outras (BRASIL, 2013a, BRASIL, 2015d).

A avaliação é uma prática que visa contribuir para o diagnóstico e aperfeiçoamento dos serviços de saúde. O desenvolvimento de ferramentas pode contribuir na identificação das fragilidades e potencialidades, e ajudar a promover melhoria e manter investimentos nos setores em destaque. Nesse sentido, a avaliação é fundamental, e serve como um potente instrumento da gestão para tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A partir de uma revisão integrativa realizada por pesquisadores do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS), com o objetivo de verificar as avaliações dos serviços de saúde mental no Brasil de 2010 a 2019, foram encontrados apenas três estudos que avaliaram a Atenção Básica. Nenhum estudo avaliou o Nasf-AB durante esse período.

Dessa forma, há um certo ineditismo nessa pesquisa apresentada. A importância que a Atenção Básica assume em relação ao cuidado em Saúde Mental e a carência de avaliações na área de Saúde Mental na Atenção Básica, exclusivamente em estudos de portes populacionais de municípios, a avaliação acaba assumindo um importante papel para o aprimoramento do serviço.

Logo, este estudo objetivou a construção e aplicação um modelo de avaliação da atenção à Saúde Mental com base nas variáveis do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O produto dessa pesquisa visa apresentar um panorama da atenção à Saúde Mental e assim contribuir para melhoria do cuidado integral na Atenção Básica, na medida em que gera informações e promove posições mais sensatas para tomadas de decisões, distribuição de recursos e planejamento dos serviços.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a atenção à Saúde Mental na Atenção Básica nos municípios brasileiros.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir um modelo de avaliação para a Saúde Mental na Atenção Básica;
- Identificar fragilidades e potencialidades da Saúde Mental na Atenção Básica por meio de uma avaliação com a utilização da Matriz Avaliativa desenvolvida;
- Discutir os resultados da aplicação da Matriz Avaliativa em diferentes portes municipais do Brasil.

2 SAÚDE MENTAL

O conceito saúde mental passou por diferentes significados ao longo da história. Os direitos a uma saúde mental passam pelo histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nas páginas seguintes, foi realizado o esforço de descrever os principais componentes da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

2.1 O PERCURSO DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O conceito da palavra “loucura” nem sempre esteve relacionada a algum termo pejorativo ou negativo conforme é visto comumente. A expressão ganhou diferentes significados com o passar do contexto histórico e social de cada época.

Na filosofia da antiga Grécia, a loucura era vista como privilégio, compreendida como algo divino. Os gregos utilizavam a palavra “manikê” para expressar tanto o delirante quanto o divinatório. Esse conceito dúbio era atribuído as pessoas, que por alguma razão, possuíam capacidade de se conectar com as verdades divinas através dos delírios da loucura (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Na antiguidade Clássica, a loucura passa por uma resignificação, e começa a ser entendida como causa sobrenatural de forças místicas, de possessões de espíritos malignos compreendido na forma de castigo divino, sendo assim tratado por algum tipo de médico-religioso da época (OLIVEIRA, 2002).

No período da Idade Média, a loucura se transforma na encarnação do mal, motivada principalmente pela ideologia do cristianismo, passando a ocupar o lugar social do leproso, isto é, utilizam da prática de segregação das pessoas ditas loucas, por meio de confinamentos em lugares distante das grandes cidades (OLIVEIRA, 2002).

No final da Idade Média a lepra desaparece do ocidente, mas a loucura não. Pessoas com comportamentos desviantes passavam por rituais de purificação. O “Naus dos Loucos” consistia em embarcações lotadas de pessoas ditas “loucas” que eram soltas à deriva no mar. Esse ato, por exemplo, simbolizava uma forma de purificação por meio da água (OLIVEIRA, 2002).

A loucura no século XVII passa a ser cada vez mais repreendida, adotando assim o isolamento socialmente total. Nesse período, surge o conceito dualista de Descartes, onde que, loucura e razão são tratadas como forças opostas e heterogêneas, e nesse momento passa a

ocorre as internações em massa de todos aqueles que, de alguma forma, não possuem condições de conviver em sociedade (OLIVEIRA, 2002).

Nesse contexto, o Estado sendo um agente de exploração do trabalho, estabelece que algumas classes de pessoas faziam parte da ordem social e outras não. As pessoas que faziam parte da anti-norma, como, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, eram retiradas da sociedade, confinados longe dos padrões aceitos pela sociedade, em instituições e/ou prisões com práticas corriqueiras de castigos/punições (OLIVEIRA, 2002).

No século XVIII a loucura passa a ser objeto de estudo da medicina, entendida como algo passível de tratamento e cura, uma condição clínica de caráter hospitalar. O Hospital Geral de Paris foi uma das grandes instituições da época e recebia pessoas de qualquer idade, sexo, válidas ou inválidas, devendo todos trabalhar como forma de purificação. Outro hospício é o Bicêtre destinados a homens. Essas instituições se espalharam por toda a Europa, principalmente na França, Alemanha e Inglaterra, e eram mantidas com verbas públicas (FOUCAULT, 1978).

A partir de um determinado período, a loucura começa a não fazer mais sentido dentro do conceito social da pobreza ou incapacidade do trabalho e assim assume um novo entendimento, como algo a parte, um conceito isolado dessas categorias, isto, a separação de quem possuíam realmente algum problema mental e dos ditos “não loucos” (FOUCAULT, 1978).

Dessa forma, as instituições que aprisionavam e asilavam assumem o papel de responsável por essas pessoas, criando uma relação entre psiquiatria e a hospitalização em “um poder institucional com um novo mandato social: o de assistência e tutela” (AMARANTE, 1995, p. 26).

Um dos personagens emblemáticos personagem da história da loucura foi Philippe Pinel, por desenvolver tratamentos mais humanitários para o período, formas diferenciadas e terapêuticas de cuidado, libertando o louco das corretes e celas. O destaque de Pinel no campo da psiquiatria foi tanto que passou a assumir a gerência de Bicêtre (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Mesmo Pinel ter contribuído para uma “libertação do louco”, ainda assim praticava outras formas de contenção e tratamentos desumanos em seus pacientes, como a utilização da camisa de força e práticas de banhos gelados. Pinel também foi responsável pelo primeiro

manual clínico de psiquiatria, e é visto por algumas literaturas como o “pai da psiquiatria” (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

A hegemonia do pensamento positivista e biologicista passa assumir cada vez mais a área médica. A psiquiatria se torna a detentora da verdade, definindo por si só o melhor método de tratamento para os problemas de sofrimento mental (AMARANTE, 1995).

Ainda assim, as instituições manicomiais assumiam um caráter de lugares de maus-tratos, violação de direitos e práticas abusivas, e logo começa um olhar voltado para o público dessas instituições. As críticas surgem logo a pós a Segunda Guerra Mundial e faziam comparações dos hospitais psiquiátricos com os campos de concentração (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

O movimento da antipsiquiatria ganha corpo na Inglaterra, como objetivo de enfrentar o tratamento preconizado pelo modelo vigente possuindo o médico como detentor da verdade.

As discussões aconteciam em torno do tratamento da loucura, especificamente da esquizofrenia. A primeira proposta de comunidade terapêutica foi no Reino Unido, um espaço onde o saber psiquiátrico poderia ser interrogado. Franco Basaglia foi um dos militantes nessa causa e seus estudos trouxeram repercussão no campo da Saúde Mental brasileira (AMARANTE, 1995).

Do mesmo modo que acontecia na Europa não foi diferente no Brasil. A loucura circulava no período colonial e se estende até o início do século XIX. Com a chegada da família Real, inicia-se as práticas de higienização social, trancafiando as pessoas da anti-norma social nas Santas Casas de Misericórdia e em prisões (BATISTA, 2014).

O aprisionamento da loucura sem tratamento começou a ser insustentável. Logo, aparecem os hospícios em 1841 por meio de decreto imperial. A primeira instituição dessa natureza foi o Hospício de Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, que ainda permanecia com um viés religioso. Em seguida outras instituições se espalharam pelo país (BATISTA, 2014).

No período da República o caráter religioso sai de cena e o médico psiquiátrico assume a responsabilidade integral do cuidado e das formas de tratamento da loucura. É difundida a ideia do isolamento por meio da justificativa que sem isso não haveria cura. Na década de 50 os hospitais psiquiátricos começam a superlotar e não havia previsão de alta das pessoas ali institucionalizadas (BATISTA, 2014).

Durante todo o período até a década de 70 o Brasil viveu um verdadeiro terror nas instituições manicomiais, como o caso do Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais, o qual estima-se no mínimo 60 mil mortos (ARBEX, 2019).

Diante dessas atrocidades, a Reforma Psiquiátrica brasileira surge para reorientar o modelo assistencial e jurídico da Saúde Mental. As primeiras organizações começaram entre 1978 e 1980 por meio do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ganhando força e ao mesmo tempo contribuindo com o movimento da Reforma Sanitária brasileira.

As principais provas de denúncias contra os pacientes foram documentadas como tortura, maus-tratos, estupro, trabalho forçado, superlotação, agressão e mortes não esclarecidas. A precarização do trabalho dos profissionais contribuiu fortemente para a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) (AMARANTE; NUNES, 2018).

A DINSAM foi um órgão responsável pelas políticas públicas de Saúde Mental, e em 1978 entrou em greve gerando mais de 260 demissões entre estagiários e profissionais. A repercussão das denúncias mobilizou o Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES), aumentando ainda mais a mobilização social (AMARANTE; NUNES, 2018).

Durante esse período a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) incentiva a realização do I Congresso de Saúde Mental, o que gera força no movimento da época.

A Reforma Psiquiátrica ganha visibilidade principalmente a partir da convocação da 8ª CNS realizada em 1986, o que faz ampliar as discussões sobre conceito de saúde (AMARANTE; NUNES, 2018).

Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse de terra e acesso à serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 04).

Em 1987 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), e em seguida o II Congresso Nacional de Saúde Mental com enfoque para “uma sociedade sem manicômios”. Os debates passaram a ser incorporados no núcleo de profissionais, transformando em um movimento social, para usuários, familiares e ativistas dos direitos humanos (AMARANTE; NUNES, 2018).

A luta se voltava pela extinção dos manicômios e fortalecimento do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), deixando como data a ser lembrada para o despertar crítico sobre a violência psiquiátrica o dia 18 de maio (AMARANTE; NUNES, 2018).

O Brasil começava a dar os primeiros passos para um novo modelo de cuidado em Saúde Mental, principalmente após o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo com nome de Professor Luís da Rocha Cerqueira e conhecido como “CAPS Itapeva” em 1986, posteriormente a implantação dos Núcleo de Assistência Psicossociais (NAPS), residências terapêuticas, centro de convivências, oficinas terapêuticas, projetos culturais e diferentes outros programas intersetoriais, revelando novas propostas para a Saúde Mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

Em 1992 foi realizada a II CNSM, em Brasília, com um público aproximado de vinte mil pessoas e a III CNSM em 2001. Nesse percurso, surgem outras Portarias e Leis estaduais e municipais no âmbito da Saúde Mental.

Em 2002 acontece o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria o que contribuiu para a regulação dos hospitais psiquiátricos públicos e privados. Em decorrência disso, milhares de leitos hospitalares foram identificados como inadequados e centenas de hospitais psiquiátricos fechados (AMARANTE; NUNES, 2018).

A mudança mais significativa na área jurídico-político foi o Projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado que tinha como proposta a regulamentação dos direitos do doente mental em relação ao tratamento e a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição por outros recursos não manicomial de atendimento (AMARANTE; NUNES, 2018).

O Projeto de Lei ficou em tramitação por 12 anos, e apenas em 2001 teve aprovação legal por meio da Lei nº 10.216/01, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

Em 2002 foi estabelecida a Portaria GM nº 336/02, que estabelece e estrutura os CAPS nas modalidades CAPS I para município com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II para municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes; CAPS III para municípios com população acima de 200 mil habitantes; Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij) para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma

população de cerca de 200 mil habitantes; e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70 mil habitantes (BRASIL, 2002a).

Por meio da Portaria nº 130/12, foi instituído o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) com funcionamento 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, serviço fundamental para a substituição de internações em hospitais. (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2012c).

Em 2011 a Portaria nº 3.088/11 instituiu a RAPS no Brasil, ampliando o escopo de serviços para pessoas em sofrimento psíquico, transtorno mental e usuários álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

A RAPS é composta por diferentes pontos de atenção com funções distintas, atendendo diferentes necessidades, e faz parte de um conjunto de serviços de saúde de atenção estratégica que compõem a RAS instituída em 2010 (BRASIL, 2011a).

Entende-se que o avanço para a criação de políticas de Saúde Mental foi resultado de mobilizações sociais de usuários, familiares e trabalhadores da saúde que tinham um objetivo em comum: a mudança paradigmática do modelo manicomial e institucionalizante que vinha sendo difundido até então (AMARANTE, NUNES, 2018).

A Reforma Psiquiátrica brasileira impactou na diminuição de mais de 54 mil leitos de manicômios. A proposta dos serviços substitutivos, entendido como um conjunto de estratégias que passa a assumir o lugar dessas instituições tem o papel de realizar a atenção as pessoas com sofrimento psíquico em um trabalho humanizado, de preferência comunitário e de caráter territorial (AMARANTE; NUNES, 2018).

2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Para melhor aprofundamento da RAPS, é necessário entender de que forma está organizado o SUS em questão de planejamento em saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa.

O dispositivo legal que regulamenta esse modelo de saúde está fundamentado pelo Decreto nº 7.508/11, e que traz em seu início o conceito de Região de Saúde, entendido como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

As Regiões de Saúde devem ser constituídas por serviços básicos de saúde como a Atenção Básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011b).

O próprio documento cita a necessidade de haver serviços que visem a saúde mental, servindo como porta de entrada para população que necessita desses cuidados.

Mendes (2009, p. 2300) traz o conceito da RAS sendo como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviço de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa de forma humanizada -, e com responsabilidade sanitárias e econômicas por esta população.

A Portaria 4.279/2010 cita que o objetivo da RAS é promover a integração de ações e serviços de saúde visando a continuidade do cuidado de forma integral, de qualidade, responsável e humanizada, garantindo o acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

Ainda, caracteriza-se por permitir relações horizontais entre os pontos de atenção, possuindo a Atenção Básica como centro de comunicação da rede, por estar em contato permanente e contínuo com a população (BRASIL, 2010a).

A RAS é composta por três principais elementos: a população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

A população diz respeito ao território, as principais necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. Cada população possui suas singularidades de acordo com sua cultura e organização social (MENDES, 2010).

A estrutura operacional é constituída por cinco componentes: a atenção primária à saúde que é o centro de comunicação da rede; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. O sistema logístico compreende a organização dos fluxos e contrafluxos de informações, levando em consideração

pessoas e produtos para os pontos de atenção da RAS. E o sistema de governança permite que eficiência na gestão de todos os componentes da RAS, permitindo comunicação fluida e cooperação conjunta com os atores sociais, permitindo alcançar objetivos e metas em curto médio e longo prazo (MENDES, 2010).

A APS é o nível de menor densidade tecnológica e maior complexidade, responsável por ser a parte central da RAS, coordena os fluxos e contrafluxos, auxiliando no monitoramento de saúde da população, responsável por solucionar 85% dos problemas de saúde (MENDES, 2010).

Os pontos de atenção secundários e terciários são responsáveis por ofertar serviços especializados, encaminhados pela APS. A atenção secundária e terciária se diferencia pela densidade tecnológica utilizada, sendo o terciário com maior densidade e menor complexidade. Os sistemas de apoio dizem respeito aos serviços de diagnóstico e terapêutico (MENDES, 2010).

Nos anos de 2011 e 2012 foi estabelecido, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), diferentes eixos temáticos que deveriam compor a RAS. Nas discussões foi decidido que a RAPS seria essencial na atenção à saúde.

A RAPS tem como objetivo:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

A RAPS tem como fundamento integrar serviços de Saúde Mental substituindo o modelo manicomial. A RAPS está, antes de tudo, embasada no respeito aos direitos humano e no combate ao estigma a qualquer tipo de preconceito das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2011a).

A RAPS garante o tratamento em liberdade e na busca pela autonomia das pessoas, oferta acesso de qualidade e cuidado a saúde no território, favorece a inclusão social e trabalha nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, longitudinal da assistência por meio de serviços com equipes multiprofissionais e interdisciplinares (BRASIL, 2011a).

Em seu Artigo 5º, a RAPS traz os componentes que a compõe, sendo: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência, Atenção

Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. (BRASIL, 2011a).

O conjunto de serviços oferecidos pela RAPS está sistematizado no Quadro 1.

As equipes que atuam na Atenção Básica desenvolvem ações de promoção, prevenção e cuidado em Saúde Mental, compostas pelas eAB/eSF com apoio das equipes do Nasf-AB (BRASIL, 2017a).

A equipe de Consultório na Rua oferece cuidado para populações de rua, levando em consideração suas necessidades de saúde, com foco principalmente nos casos de Saúde Mental e usuários de álcool, crack e outras drogas trabalhando na lógica da redução de danos, em parceria com outros pontos de RAS (BRASIL, 2017a).

Quadro 1 – Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial

Componentes	Serviços	Dispositivos legais
1 - Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde.	Portaria nº 2.436/17
	Equipes de Atenção Básica para populações em Situações Específicas (consultório na rua e equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório).	
	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)	Portaria nº 154/08
	Centro de Convivência e Cultura.	Portaria nº 396/05
2 - Atenção Psicossocial	CAPS I / CAPS II / CAPS III	Portaria nº 336/02
	CAPS AD / CAPS AD III	
	CAPS i	
3 - Atenção de Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento (UPA).	Portaria nº 10/2017
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).	Decreto nº 5.055/04
	Sala de Estabilização.	Portaria nº 2.338/11
	Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/ Pronto-Socorro	Portaria nº 2.395/11
4 - Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto.	Portaria nº 121/12
	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.	
	Serviço de Atenção em Regime Residencial	
5 - Atenção Hospitalar	Leitos de psiquiatria em Hospital Geral.	Portaria nº 3.390/13
	Serviço Hospitalar de Referência.	Portaria nº 148/12
6 - Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico.	Resolução CONAD nº 01/15
	Programa de Volta para Casa.	Lei nº 10.708/03 Portaria nº 2.077/03 Portaria nº 2.078/03 (BRASIL, 2003b)
7 - Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de trabalho e Renda.	Portaria nº 132/12

Fonte: adaptado de Garcia e Reis (2018, p.26).

O CAPS é o serviço de referência para casos de transtornos mentais e para as pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas. O CAPS em suas diferentes modalidades compõe a atenção psicossocial estratégica, necessária para atuação nos casos que ultrapassem as possibilidades de intervenção da Atenção Básica, entretanto nem todos os municípios ofertam esse tipo de serviço, visto ainda que, no Brasil a predominância de municípios é de

porte populacional pequeno, restando os serviços da Atenção Básica como o único serviço para os atendimentos de Saúde Mental (BRASIL, 2015a; GARCIA; REIS, 2018).

Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência de usuários em sofrimento/transtorno mental, principalmente nos momentos de crises, comumente decorrente do uso de substâncias psicoativas. Esse serviço deve manter articulação com os CAPS, responsável pela coordenação do cuidado dessa população específica na RAPS (BRASIL, 2017b).

A equipe de apoio da Atenção Residencial de Caráter Transitório oferece suporte clínico e apoio na coordenação do cuidado e na prestação de serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com outros pontos de atenção de rede. Os Centros de Convivências são ofertados espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade, articulado com outros pontos da rede de saúde (BRASIL, 2011a).

Com relação à atenção hospitalar, são fornecidos leitos em hospitais gerais e o serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Os leitos de saúde mental em hospital geral oferecem tratamento para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. O serviço hospitalar de referência oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da RAPS (GARCIA; REIS, 2018).

A estratégia de desinstitucionalização é constituída por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social (GARCIA; REIS, 2018).

Os serviços residenciais terapêuticos (STR) e o Programa de Volta para Casa são pontos de atenção deste componente. O (SRT) são casas inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia (GARCIA; REIS, 2018).

O programa de Volta para Casa visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, que provê auxílio-reabilitação para pessoas com transtorno mental

egressas de internação de longa permanência. O objetivo desse programa é a inclusão social e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra hospitalar e comunitário (GARCIA; REIS, 2018).

As estratégias de reabilitação psicossocial são compostas por iniciativas de trabalho e geração de renda, assim como empreendimentos solidários e cooperativas sociais. É um processo para facilitar ao indivíduo com limitações a restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade (GARCIA; REIS, 2018).

Todos os serviços da RAPS são essenciais de acordo com a necessidade de cada caso. O ponto considerado estratégico da RAPS são os CAPS, com objetivo de oferecer e prestar atendimento para pessoas com transtorno mental, atenção diária, evitando internações desnecessárias em hospitais. Assim como a Atenção Básica, que se configura como a ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado (GARCIA; REIS, 2018).

A Atenção Básica precisa trabalhar em conjunto com o CAPS, em uma relação horizontal, com a proposta de fortalecimento de vínculo entre os serviços, favorecendo assim a corresponsabilização dos casos e ampliando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local e favorecendo a atenção territorializada (GARCIA; REIS, 2018).

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – APS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo.

A APS abrange ações de 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 que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2017a).

3.1 A TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O primeiro registro do conceito de APS surgiu em 1920, no Relatório Dawson. Bertrand Edward Dawson era Ministro da Saúde na Inglaterra na época, e foi o pioneiro em elaborar um esquema de rede de atenção à saúde ou de níveis de atenção à saúde, tendo referência o Centro de Saúde Primário e Secundário como um modelo de serviço de medicina preventiva e curativa de base territorial (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

O primeiro nível de atenção diz respeito aos serviços domiciliares que deveriam estar organizados de forma regionalizada composto por médicos generalistas. Os casos que fugiam das condições de trabalho desses médicos eram encaminhados aos segundo nível de atenção formado por equipes multiprofissionais de especialistas ou então para os hospitais onde havia uma estrutura mais complexa de equipamentos para a realização de procedimento cirúrgicos e internações (FAUSTO; MATTA, 2007).

Essa forma de organização da atenção à saúde se expandiu em todo mundo caracterizado como um modelo viável e econômico, principalmente em países mais pobres, os quais passaram a adotá-la como estratégia de governo, pois alguns modelos anteriores tinham elevados custos pela forma indiscriminada de tecnologias médicas e de baixa resolutividade. A APS passa a ganhar maior destaque na década de 70, tendo a OMS como a principal promotora desse modelo (FAUSTO; MATTA, 2007).

O momento marcante do modelo da APS aconteceu na I Conferência Internacional sobre Cuidado Primários de Saúde a fim de alcançar as metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000, realizada em Alma-Ata em 1978, organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), definindo a APS como uma forma de cuidado assistencialmente sanitária que deveria estar posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias

da comunidade, com a plena participação e a um custo que a comunidade e o país pudessem suportar.

Por meio da I Conferência Internacional sobre Cuidado Primários de Saúde a APS foi definida como:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA 1978, p. 1).

A APS deve ser conduzida conforme as necessidades de saúde de determinado território definido, com ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura. APS seria a estratégia central para atingir um nível de saúde aceitável em todo mundo até o ano 2000 (STARFIELD, 2002).

Assim, APS é compreendida como o primeiro acesso ao um sistema de saúde, não deve focar exclusivamente na enfermidade, mas fornecer atenção integral a saúde, na lógica da continuidade do cuidado, para todas as situações de saúde. As questões que não consegue resolver, deve encaminhar aos demais níveis da rede, agindo como coordenadora do cuidado, trabalhando na perspectiva da promoção, manutenção e melhora da saúde (ANDRADE, BARRETO; BEZERRA, 2006).

A APS, no sistema de saúde, compreenderia o primeiro nível de Atenção, tendo uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, devendo organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

A APS possui quatro elementos que caracterizam esse modelo de atenção à saúde, denominados por Starfield (2002) como atributos essenciais:

Primeiro contato - implica na acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.

Continuidade - pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária.

Integralidade - as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

Coordenação - significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado aos serviços de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço.

O documento intitulado “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas”, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) diz que a APS é central no que se refere ao desenvolvimento da saúde, e apresenta conceitos três conceitos essenciais: valores, princípios e elementos (OPAS, 2007).

Os valores se referem-se aos interesses públicos, isto é, seus princípios sociais. Torna-se fundamental nesse sentido avaliar as condições sociais da população, suas vulnerabilidades, e planejar quais os parâmetros necessários para proteger as pessoas englobando a liberdade, a dignidade e condições mínimas de saúde. Os valores de um sistema de saúde embasado na APS são os direitos ao nível de saúde mais elevado como a equidade e a solidariedade (OPAS, 2007).

Os princípios são os pilares que sustentam as políticas de saúde, legislação, distribuição de recursos, operacionalização do sistema de saúde. Os princípios constituem-se nos mecanismos para dar resposta às necessidades de saúde da população, nos serviços de saúde orientados pela qualidade, na responsabilidade, na prestação de contas dos governos, na sociedade justa, na sustentabilidade do sistema de saúde, na participação e na intersetorialidade (OPAS, 2007).

Os elementos se referem aos componentes que se cruzam, se entrelaçam, formando um todo na complexidade de um sistema de saúde. Esses componentes são o acesso e cobertura universal, atenção integral e integrada, prevenção e promoção, atenção apropriada (foco na pessoa e não na doença), orientação familiar e comunitária, organização e gestão, políticas e

programas com base na equidade, primeiro contato, recursos humanos, planejamento e intersetorialidade (OPAS, 2007).

Estudos evidenciam que países que possuem um sistema de saúde com base na APS apresentam melhores condições de saúde, são mais eficientes e com menor custo, reduzindo consideravelmente o número de encaminhamento para especialistas e as taxas de hospitalização (OPAS, 2007).

Lugares onde a APS realiza o cuidado longitudinal apresentam maior vínculo com os usuários do sistema de saúde, seguem melhor as prescrições dos profissionais de saúde e apresentam melhor vínculo comunitário (OPAS, 2007).

A compreensão a respeito da APS tem sido ampliada ao longo do tempo. O desenvolvimento e a importância deste tema estão muito relacionados às discussões do campo da saúde pública e à organização da atenção à saúde nos sistemas de saúde modernos.

Entretanto, a APS recebeu muitas críticas. Havia quem defendia e quem a considerava falha para sustentar como um modelo de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na Conferência de Bellagio, realizada na Itália um ano seguinte a da Conferência de Alma-Ata, passou-se o entendimento da APS como sendo seletiva, que servia para problemas específicos de saúde em populações pobres. Essa noção de um cuidado seletista surge devido ao princípio da integralidade, interpretada de forma muito generalista, ampla, com poucas chances de ser realizada no prazo definido pelo Programa Saúde para Todos até o ano 2000 (FAUSTO; MATTA, 2007).

A forte crise econômica no mundo fez que países reestruturassem seus planejamentos e realizassem mudanças na condução política (FAUSTO; MATTA, 2007).

Os modelos de saúde previam a racionalização de recursos, favorecendo o uso mais adequado a tecnologias pesadas e caras, com ênfase nas ações de promoção e prevenção em saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Os defensores do modelo biomédico não concordavam com essas práticas e assim foi levantada uma grande discussão de qual seria mais adequado. Logicamente, devido à necessidade da conjuntura da época, o viés econômico ganhou destaque na agenda dos interesses de cooperação internacionais e passou a adotarem propostas de instituições como o Banco Mundial, que foi o principal difusor da ideia de políticas sociais, incluindo as de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

As ideias defendidas pelo Banco Mundial eram de “cestas básicas” de serviços de saúde ofertados pelo setor público, um conjunto de ações que consistiam basicamente em tecnologias simples e de alto impacto como vacinação, pré-natal, promoção e prevenção de saúde, partindo do mesmo ideal da APS e o setor privado ficaria responsável pelos diagnósticos e terapia que implicavam em maior custo (FAUSTO; MATTA, 2007).

Nesse percurso, na década de 90 a OMS mudou de opinião quanto a utilização da APS e adotou a ideia do Banco Mundial (FAUSTO; MATTA, 2007).

Devido ao crescente quadro epidemiológico das doenças crônicas, o Banco Mundial e a OMS voltaram atrás e desconsideraram essas propostas, pois perceberam que essas medidas não resultariam na redução da pobreza e no melhor acesso aos serviços públicos de saúde, sugerindo assim a adoção da proposta da APS segundo a Conferência de Alma-Ata (FAUSTO; MATTA, 2007)

“Cada vez mais se espera que a APS assuma posição estratégica para a superação de um modelo de atenção que não tem alcançado efetividade nas ações de saúde, além de não ter sustentação econômica nos sistemas de saúde atuais” (FAUSTO; MATTA, 2007, p.53).

3.2 ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE NO BRASIL

O modelo de saúde do Brasil passou por um processo de construção durante a história do país. O início dessa trajetória pode ser descrito pelos problemas de saúde no período onde o inicia-se as grandes cidades, as quais passavam por períodos de limpezas das cidades, e o atendimento em saúde era realizado pelos curandeiros, parteiros, barbeiros e pelas Santas Casas de Misericórdia (LAVRAS, 2011).

Na década de 40 a saúde estava sob o comando dos Serviços Especial de Saúde Pública (SESP) que tinha um caráter voltado ao modelo norte americano com serviços de campanhas sanitárias, assistência domiciliar, ambulatorial, de urgência, internações hospitalares, abastecimento de água potável (LAVRAS, 2011).

O SESP organizava e operava serviços de saúde pública e de assistência médica nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde trabalhavam com foco na atenção materno infantil e ações de saúde pública para controle de endemias (LAVRAS, 2011).

Na III CNS diversos setores estavam insatisfeitos com a estrutura do sistema de saúde nacional do país. A discussão crítica era devido à forma centralizada, a diferença das ações preventivistas e as ações médicas, a dificuldade que o sistema de saúde tinha para enfrentar os problemas da população (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na década de 70 começava uma discussão para um modelo de saúde com enfoque na APS, com propostas diferentes daquelas até então empregadas pelo programa de medicina comunitária com ações isoladas sem nenhuma relação com rede de referência (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na época, o governo federal criou um programa nacional de extensão e cobertura chamado de Programa de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), isso no ano de 1978. O objetivo do programa era criar uma rápida cobertura de ações para população com uma infraestrutura de saúde pública (FAUSTO; MATTA, 2007).

O PIASS investiu em ações descentralizadoras com apoio dos estados e municípios e assim gerou uma expansão da saúde pública. Também houve uma proposta de eleger a APS como porta de entrada, e estabeleceram-se níveis diferentes de atenção, elaborando assim uma rede de serviços única (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 1981 foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). “O programa previa a expansão da rede pública de saúde por intermédio dos municípios e estados, com integração da rede de serviços básicos de saúde e demais serviços ofertados em outros níveis de atenção”. Entanto, o programa não ganhou força suficiente para conseguir avançar na época (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 58).

Em meio à crise da previdência social e da saúde da década de 80, eclodiu o movimento da Reforma Sanitária. Nesse período, outros tantos movimentos sociais estavam organizados a favor da redemocratização, contribuindo para o fortalecimento de propostas para um modelo de saúde universal (LAVRAS, 2001).

Primeiro surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), depois o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e por fim em 1988 se consolida o SUS na Constituição Federal brasileira. O movimento da Reforma Sanitária só foi possível por meio do apoio e participação popular na 8ª CNS (LAVRAS, 2001).

A municipalização do SUS incentivada pelo Ministério da Saúde na década de 90 deu corpo à APS. O assunto de uma atenção básica já não se tratava mais como tema isolado, mas fazia parte das discussões da integralidade de ações do SUS (LAVRAS, 2001).

A APS foi normatizada no país a partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96. Um dos primeiros avanços em termos técnicos foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve grande contribuição para o avanço do SUS (LAVRAS, 2001).

A avaliação positiva do PACS incentivou a criação do Programa Saúde da Família (PSF) que incentivou a descentralização municipalizada do cuidado à saúde. A proposta de organização da atenção inerente ao PSF foi assumida pelo Ministério da Saúde como estratégica para a reorganização da Atenção Básica do SUS (LAVRAS, 2001).

Em 1996 o PSF passa a ser a Estratégia de saúde da Família (ESF) na tentativa de organizar a APS com bases nos princípios do SUS (LAVRAS, 2001).

A APS, então, configura-se como primeiro nível que se articula sistemicamente aos demais de serviços de saúde de maior complexidade assistencial, cuja abrangência provê ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades apresentadas em um dado território (FAUSTO; MATA, 2007, p. 60).

A nomenclatura utilizada no Brasil para definição da APS, tanto na literatura quanto em documentos ministeriais, ficou sendo reconhecida como Atenção Básica. A terminologia escolhida passou a ser adotada por um ponto de vista ideológico a fim de “escapar” da ideia internacional da APS que se destinava à população pobre (FAUSTO; MATTA, 2007).

O percurso da Reforma Sanitária reformulou a APS para um enquadramento viável para a realidade brasileira, isto é, um sistema de acesso universal para toda população, indistintamente da situação socioeconômica, de forma equânime visando a integralidade da saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A Atenção Básica está regulamentada no Brasil pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS.

A PNAB teve sua primeira versão instituída em 2006, reformulada em 2011 e passou por uma nova revisão em 2017. Adere os atributos essenciais da APS, tendo como centro de saúde a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Centro de Saúde, dispendo da ESF como a principal

responsável pela expansão e organizadora desse modelo de atenção e do cuidado (BRASIL, 2017a).

Na versão de 2017, a PNAB descreve, no Artigo 2, a Atenção Básica sendo como:

o 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, 2017a).

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e é considerada como o centro de comunicação da RAS, sendo ofertada gratuitamente a todas as pessoas, agindo com os princípios da integralidade conforme as demandas do território (BRASIL, 2017a).

Considera a singularidade de cada pessoa, com a compreensão da integralidade no contexto sociocultural, objetivando na proteção da saúde da população, na prevenção e o controle de riscos, agravos de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

A Atenção Básica está embasada por princípios e diretrizes, disposto no Artigo 3º da PNAB. São três princípios que orientam a organização nos municípios:

1) Universalidade: entendido como acesso universal dos serviços contínuo e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS, acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização, e deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram por algum serviço, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2017a).

2) Equidade: reconhece as diferenças nas condições de vida e saúde de cada pessoa, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Esse princípio garante a proibição de qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017a).

3) Integralidade: conjunto de serviços de saúde que atendam às necessidades da população, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela

oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias (BRASIL, 2017a).

As diretrizes dispostas no Artigo 3º da PNAB são organizadas pela Regionalização e Hierarquização. O território é a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica (BRASIL, 2017a).

O Cuidado Centrado na Pessoa aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva (BRASIL, 2017a).

O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado (BRASIL, 2017a).

A Resolutividade é a utilização e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário (BRASIL, 2017a).

A Longitudinalidade do cuidado é a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, evitando a perda de referência.

A Coordenação o cuidado visa elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS (BRASIL, 2017a).

A Ordenação as redes abrangem a organização das necessidades da população em relação aos outros pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2017a).

E a participação da comunidade consiste em estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde como forma de ampliar a autonomia e capacidade na construção do cuidado no território (BRASIL, 2017a).

A PNAB recomenda que as UBS funcionem com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população. Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população (BRASIL, 2017a).

A população adscrita preconizada é de 2.000 a 3.500 pessoas por eAB/eSF. É recomendável até quatro equipes por UBS. É possível definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária (BRASIL, 2017a).

Com relação às equipes de saúde, podem ser constituídas em duas modalidades, a primeira são as eSF caracterizadas como o padrão estratégico prioritária para a reorganização da Atenção Básica no país. Essa modalidade é composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

Pode fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017a).

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS. Essas equipes, deve cumprir a obrigatoriedade de carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) eSF (BRASIL, 2017a).

A segunda modalidade são as eAB. A gestão municipal poderá compor de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as eAB podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário. A eAB deve ser formada por no mínimo médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017a).

Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais (BRASIL, 2017a).

As ações e serviços da Atenção Básica devem seguir os padrões essenciais e ampliados. Os padrões essenciais são ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade (BRASIL, 2017a).

Os padrões ampliados são ações e procedimentos estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde. Dessas formas, cabe a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território para mensurar a capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços. (BRASIL, 2017a).

As ofertas de ações e serviços da Atenção Básica deverão estar disponíveis aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização (BRASIL, 2017a).

Essas informações deverão estar fixas em local visível, próximo à entrada da UBS, contendo o horário de atendimento, o mapa Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS; a relação de serviços disponíveis; e o detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe (BRASIL, 2017a).

As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas (BRASIL, 2017a).

A fim de aumentar a resolutividade da Atenção Básica e potencializar a integralidade no SUS, o Ministério da Saúde instituiu em 2008 a retaguarda especializada por meio de equipes multiprofissionais, denominadas inicialmente de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e posteriormente Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), definidas pelo gestor municipal conforme a necessidade de cada realidade, incluindo a saúde

mental, através de ações de promoção a saúde, prevenção de agravos e reabilitação (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2017a).

Os Nasf-AB podem ser ocupados por profissionais da área da saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, 2017a).

A Atenção Básica vem contribuindo significativamente para condições de saúde do país, ampliando cada vez mais os atendimentos para a população. Esse número pode ser comparado pelo quantitativo de pessoas cadastradas na ESF que passou de sete milhões de brasileiros (4,4%) em 1998 para 143 milhões (70%) em 2017 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Ainda assim, é preciso trabalhar na defesa desse modelo de atenção que vive constantemente sob ameaça. A última versão da PNAB reduziu significativamente os incentivos financeiros para outras equipes básicas sem a presença dos ACS, criando obstáculos no trabalho ao definir carga horária de dez horas semanas rompendo com a lógica da longitudinalidade e coordenação da atenção integral (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Outro retrocesso grave foi a revogação dos serviços do Nasf-AB, com a publicação da Nota Técnica nº 3/2020, que veio junto ao “pacote” do novo (des)financiamento da Atenção Básica no país.

Um modelo de atenção tão complexo como o SUS precisa que as políticas de saúde avancem no caminho de uma atenção digna, e que haja qualidade nos serviços ofertados.

Qualquer tomada de decisão dos gestores e planejadores no âmbito da saúde deve estar respaldada por avaliações e conhecimentos científicos, e sempre direcionados para a qualidade de vida dos cidadãos visando sempre no conceito de saúde integral (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

3.3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica se configura como um dos serviços estratégicos da RAPS por ser o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção da RAS e que possui as eAB/eSF apoiadas pelo Nasf-AB para desenvolver toda atenção básica necessária para os casos de Saúde Mental (BRASIL, 2013a).

As diferentes formas de atenção ou cuidados em Saúde Mental realizados na Atenção Básica são apresentadas por diversas normativas e instrumentos que guiam o processo de trabalho cotidiano das equipes de saúde.

O primeiro registro normativo publicado pelo Ministério da Saúde sobre atendimentos em Saúde Mental no SUS está disposto pela Portaria SAS/MS nº224 de 29 de janeiro de 1992, que faz referências a Atenção Básica e os CAPS, já citando na época como serviços preferenciais para demandas de natureza de sofrimento mental (BRASIL, 1992).

Para além disso, o Quadro 2 apresenta outros dispositivos encontrados que fazem menção a Saúde Mental na Atenção Básica/Atenção Primária.

Apesar dos esforços no sentido de dar visibilidade à Saúde Mental a partir de diversas normativas, ainda se percebe uma distância entre estas e a maneira como tem ocorrido na prática a implantação do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica (GAMA, CAMPOS, 2009).

Há uma importante dicotomia ou ambiguidade nas políticas públicas em relação à articulação dos serviços em rede para o cuidado em Saúde Mental. A PNAB institui a Atenção Básica como coordenadora do cuidado de todo o sistema, enquanto a legislação específica de Saúde Mental coloca os CAPS como responsável pela organização da rede de cuidados em Saúde Mental no território.

De acordo com Böing e Crepaldi (2010):

Entende-se que atribuir ao CAPS a função de porta de entrada e de organizador dos serviços de Saúde Mental cria um fluxo paralelo na rede de atenção, centraliza a demanda de Saúde Mental nesse serviço e distancia a Atenção Básica das ações de Saúde Mental, como se a Saúde Mental pudesse ser separada da saúde integral. Uma das consequências diretas dessa desarticulação entre o campo de saber e as práticas da Saúde Mental e as ações básicas de saúde é a existência e o aumento de demanda reprimida em Saúde Mental [...] (BOING; CREPALDI, 2010, p.642).

Quadro 2 - Dispositivos sobre Saúde Mental na Atenção Básica/Atenção Primária

<ol style="list-style-type: none"> 1. Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica – 2001; 2. Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental – 2001; 3. Saúde Mental e Atenção Básica o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, nº 01/03 – 2003; 4. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004 - Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências – 2004; 5. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios – 2005; 6. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas - 2005 7. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde – 2006; 8. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção – 2007; 9. Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007 - Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor – 2007; 10. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Nasf-AB, reconhecendo a necessidade de ampliar a abrangência e ações da Atenção Básica - 2008; 11. Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - 2010; 12. Saúde Mental no SUS: as Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica – 2011; 13. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 - Rede de Atenção Psicossocial – 2011; 14. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental – 2010; 15. Cadernos de Atenção Básica, nº 34 - Saúde Mental – 2013; 16. Programa Caminhos do Cuidado (2013-2015). Projeto de formação ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em saúde mental, com ênfase em crack, álcool e outras drogas no âmbito a Atenção Básica – 2013. 17. Cadernos de Atenção Básica, n. 39 – Nasf-AB: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano – 2014; 18. Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e RAPS - 2015 19. Portaria nº 2.436/17 – Política Nacional de Atenção Básica – PNAB – 2017.
--

Fonte: elaborado pelo autor.

Entende-se que toda forma de manifestação de sofrimento está ligada com questões subjetivas de quem sofre (BRASIL, 2013a). Uma dor crônica, por exemplo, pode evoluir para problemas de ansiedade e depressão ou vice-versa (TEIXEIRA, 2006).

Compreendendo a integralidade do cuidado como um atributo da Atenção Básica, sempre será necessária a articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica.

Uma pesquisa feita por Lopes (2020), mostra que em torno de 30% dos adultos possuem algum diagnóstico de transtorno mental, e cerca de 80% destes vivem em países de baixa e média renda.

No Brasil, as taxas de prevalência de ansiedade estão maiores do que a média global, o que tem causado incapacitação de trabalhadores e elevados custos para a saúde pública (MANGOLINI; ANDRADE; WANG, 2019).

Cerca de 3% da população sofre de transtornos mentais graves e persistentes e 9% de problemas mentais leves (BRASIL, 2003a).

Em crianças, a prevalência dos transtornos mentais está entre 10,8% e 12,7%. Em adolescentes os números chegam a 30% (BRASIL, 2013a).

Ainda que haja carência de estudos brasileiros de prevalência de transtornos mentais de âmbito nacional, diversas pesquisas de nível regional e local passam um panorama da realidade, revelando a situação complexa e delicada que a saúde pública está passando devido o aumento da prevalência das demandas em Saúde Mental.

Um estudo de revisão de literatura realizado por Santos e Siqueira (2010), mostrou índices que variaram de 20% a 56% com ênfase para problemas de ansiedade, fobias, depressão e uso de drogas em geral.

Em São João do Del-Rei – MG, Moreira *et al.* (2011), encontraram uma prevalência de transtornos mentais de 43,7%. Em um município de médio porte na região Centro-Oeste foi identificado 31,5% (LUCCHESI *et al.*, 2014). Um estudo mais recente realizado em SP apresentou índices de 29,2% (SANTOS *et al.*, 2019).

No cotidiano do trabalho da Atenção Básica, cerca de 56% das eAB/eSF se deparam em situações de demanda em Saúde Mental. Porém, nem sempre as equipes conseguem dar conta para resolver essas condições de saúde (BRASIL, 2003a).

Geralmente, as demandas de origens psíquicas são complexas e influenciadas pelos determinantes do seu contexto social, e necessitam de cuidado que busquem integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Diversos estudos vêm discutindo os caminhos e descaminhos, as fragilidades e potencializes para a efetivação da atenção e o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica, e a partir da leitura desses trabalhos, alguns foram destacados e sistematizados no Quadro 3.

Quadro 3 - Desafios para a efetivação da atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alta rotatividade de profissionais na Atenção Básica, dificultando o estabelecimento do vínculo necessário; ✓ Transferências e encaminhamentos excessivos; ✓ Dificuldade de estabelecer serviços de referência e contrarreferência; ✓ Unidades de saúde com infraestruturas precárias; ✓ Resistências dos profissionais para o atendimento aos usuários com problemas de Saúde Mental; ✓ Atendimento restrito à consulta médica e à prescrição de medicamentos (práticas clínicas biomédicas centradas na medicamentação); ✓ Foco nos problemas de saúde demandados pelos usuários, evidenciando a doença; ✓ Dificuldades no acesso dos usuários do CAPS à Unidade de Saúde da Família; ✓ Desarticulação na organização dos fluxos assistenciais entre Atenção Básica e especializada; ✓ Falha na responsabilização dos profissionais envolvidos com o processo de cuidado integral; ✓ Limitação na formação acadêmica e capacitação profissional para lidar com a Saúde Mental; ✓ Dificuldades do manejo de casos específicos; ✓ Centralização do cuidado no atendimento do médico da ESF; ✓ A comunidade não identifica a Atenção Básica como um lugar para tratar-se de problemas mentais; ✓ Tempo e contato restritos da equipe de apoio matricial com a eAB/eSF, impedindo-a de participar do cotidiano dessas equipes e da comunidade, inviabilizando o desenvolvimento efetivo de um trabalho de promoção e prevenção da saúde.
--

Fonte: elaborado pelo autor a partir dos trabalhos de: Böing; Crepaldi, 2010; Nunes; Jucá; Valentim, 2007; Gama; Campos, 2009; Fernandes; Matsukura; Lourenço, 2018.

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica deve acontecer no território, de forma estratégica, na articulação intersetorial, em uma relação horizontal de corresponsabilização com o usuário (BRASIL, 2013a).

Para que isso ocorra, é necessária a criação de vínculo, e que muitas vezes, se configura como uma barreira para esse processo, tanto por parte da equipe sobrecarregada, como também pelo usuário que não adere ao tratamento ou não aceita o diagnóstico de transtorno mental.

As situações com usuários de drogas e equipes de saúde, geralmente acontecem em situações graves, de crises, de intoxicação, ou ainda, quando seus familiares acessam a Atenção Básica na busca por algum tipo de tratamento, onde o tema é a bordado.

Nesses casos, a aproximação com as famílias é por meio das visitas domiciliares, na qual o ACS tem a maior aproximação, e faz a conexão de comunicação com outros profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2013a).

Logo, o território acaba sendo o espaço para o trabalho dinâmico, vivo, onde acontecem as trocas de relações sociais, as dinâmicas de poder, das vivências e vínculos, de conflitos, de toda possibilitando de circulação das subjetividades das pessoas (GUATTARI, 1990).

É comum que nesses espaços coletivos ocorram problemas como desigualdades sociais, transformações políticas e econômicas, inserção de novas culturas, aumento do individualismo e consumismo, mudanças nos valores tradicionais, urbanização rápida, uma nova dinâmica social baseada no tráfico de drogas, aumento da violência, entre tantas outras variáveis. Esse contexto dinâmico é conhecido como coesão social, podendo ser utilizado como indicativo de saúde de um território (BRASIL, 2013a).

Os transtornos mentais estão diretamente relacionados aos determinantes sociais que atingem grupos expostos a situações de maior vulnerabilidade como mulheres, idosos, indivíduos de baixa escolaridade, baixa renda, desempregados, trabalhadores informais, viúvos/divorciados, pessoas em condições precárias de habitação (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Dessa forma, as intervenções em Saúde Mental na Atenção Básica devem promover autonomia nos usuários, modificando e qualificando seu modo de vida, não se restringindo apenas à cura de doenças (BRASIL, 2013a).

A Saúde Mental possui a peculiaridade de que alguns sintomas estejam ligados a outras situações que ultrapassam o campo da saúde, sendo necessário um trabalho intersetorial, isto é, a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação entre as diferentes áreas que tenham repercussão na promoção de uma melhor qualidade devida (BRASIL, 2013a).

Para que as formas de cuidado aconteçam de maneira efetiva é preciso que haja uma relação de confiança entre a eAB/eSF e usuário.

As ferramentas relacionais fortalecem os vínculos, o compromisso mútuo com esse cuidado, a confiança e o diálogo mais próximo de cada singularidade e sentimento. Não se trata apenas das relações subjetivas dos usuários de um determinado espaço geográfico, mas também da subjetividade dos profissionais de saúde, entendendo que a mais potente estratégia de trabalho em Saúde Mental é a relação, o vínculo (BRASIL, 2013a).

A principal e a mais básica ferramenta que os profissionais da Atenção Básica possuem para estabelecer o vínculo e o diálogo necessário é através do acolhimento. Através da primeira conversa o profissional de saúde permite a prática da escuta qualificada, onde o usuário pode depositar confiança e segurança para expor seu sofrimento, ao mesmo tempo em que o profissional terá a possibilidade de conhecer detalhes da vida dos usuários, encontrando junto à equipe de saúde caminhos e recursos necessários para o cuidado (BRASIL, 2013a).

O acolhimento é transversal nas práticas das equipes de saúde, entendido como indispensável na construção de uma postura profissional baseada em receber, escutar e tratar de forma humanizada. Geralmente, esses espaços de escuta e acolhimento se tornam terapêuticos, permitindo os “*insights*” tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais (BRASIL, 2013a).

A Atenção Básica também tem o papel de realizar diagnósticos, incluindo os de Saúde Mental, principalmente em casos precoces de crianças e/ou jovens, os transtornos mentais mais graves como esquizofrenia e as dependências de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013a).

Geralmente, na identificação de uma dessas ocorrências, é realizado o encaminhamento para especialistas ou serviços em outro ponto de atenção da RAS/RAPS. Entretanto, a Atenção Básica possui o dever de acompanhar os pacientes durante todo o processo, desempenhando o papel da coordenação do cuidado

Entretanto, é comum em lugares com alta carga de trabalho, devido à sobrecarga das demandas de atendimentos, que aconteça a prática dos encaminhamentos desnecessários, gerando problemas no cuidado continuado e a desresponsabilização de usuários por parte da eAB/eSF. Encaminhar não é a solução para tratamento ou resolutividade do paciente, pois o usuário em sofrimento mental pode romper com o vínculo construído, gerar mais danos e problemas de saúde mais complexo, que voltará à responsabilidade da Atenção Básica (BRASIL, 2013a; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

A eliminação da lacuna da formação profissional e capacitação de profissionais são questões que podem contribuir para o avanço da Saúde Mental na Atenção Básica. Para isso, a reformulação nas grades curriculares dos cursos da saúde, em especial da medicina, para formação mais generalista e menos especialista, tende a diminuir os equívocos de encaminhamentos excessivos (BRASIL, 2013a; COSTA *et al.*, 2017).

Embora a qualificação seja algo de suma importância, as eAB/eSF não precisam ter domínios de todos os fatores da Saúde Mental ou o campos de estudo da psicologia/psiquiatria, mas necessitam conhecer os instrumentos básicos de atuação para ofertar suporte adequado aos usuários ou saber quando encaminhar para outros pontos de serviço da RAS, já que a Atenção Básica desempenha a coordenação do cuidado. Logo, a qualificação das equipes tende a produzir melhores resultados para as demandas de Saúde Mental além de contribuir para um atendimento integral da saúde (BRASIL, 2013a; COSTA *et al.*, 2017).

A alta rotatividade de profissionais na Atenção Básica tem sido atribuída ao despreparo de profissionais. Esse fator é motivado principalmente pelas más condições de trabalho, contratações trabalhistas temporárias e a não identificação profissional (CAMPOS *et al.*, 2011).

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica tem colocado os profissionais de saúde em situações de dúvidas, não sabendo como atuar. Essas situações por vezes deveriam ser discutidas em encontros com a própria equipe ou pelo suporte da equipe de apoio matricial, oferecidas pelas equipes do Nasf-AB, CAPS ou de outros serviços da RAPS (BRASIL, 2013a).

O apoio matricial é uma estratégia de trabalho entre equipes, por meio de criação de intervenções pedagógica e terapêutica a fim de transformar o processo de saúde e doença e gerar impacto na realidade da equipe e no território (BRASIL, 2014).

A complexidade das questões de sofrimento psíquico geralmente requer modificação do modo de vida. Dessa forma, por meio da estratégia do matriciamento, é realizada a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), discussão de casos, educação permanente, educação continuada, entre outras atividades de cunho coletivo entre equipes (BRASIL, 2013a).

Dentro do matriciamento, deve ser destacado o PTS, entendo como:

um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2008a).

O PTS é uma potente ferramenta e traz engajamento mais fiel ao tratamento em Saúde Mental, tanto por parte dos usuários e seus familiares como também das equipes de saúde. Porém, nem todos os casos de Saúde Mental necessitam de um projeto terapêutico focado como

esse. Cada situação precisa ser avaliada pela equipe de referência, os casos mais complexos e mais difíceis devem ser priorizados.

A utilização de protocolos de classificação de risco e vulnerabilidade para os casos de Saúde Mental pode contribuir para a identificação das situações problemas que necessitam de maior atenção (BRASIL, 2008a).

Os casos de maior complexidade em Saúde Mental geralmente são as demandas de usuários de drogas. A estratégia recomendada para essa situação é a abordagem da redução de danos, que está embasada pela PNAB, que consiste na prevenção de agravos a saúde, partindo da negociação entre equipe de saúde e usuário, possibilitando o exercício da autonomia no cuidado à saúde (DIAS *et al.*, 2003).

Um aspecto relevante na utilização de abordagens de redução de danos, tanto para problemas de álcool e outras drogas quanto para outras condições crônicas, é sua centralidade no que a pessoa que busca ajuda deseja e consegue fazer para lidar com seu problema. Por meio da redução de danos é possível cuidar dos problemas de saúde de maneira menos normalizadora e prescritiva, evitando ditar quais seriam os comportamentos adequados ou não (BRASIL, 2013a).

A Atenção Básica não necessita possuir recursos complexos para os casos de Saúde Mental, o cuidado acontece com o trabalho cotidiano das equipes. Por meio do acolhimento, da criação de vínculo, de visitas domiciliares, do PTS e da redução de danos e de outras atividades, é possível operacionalizar o trabalho na perspectiva da clínica ampliada, visto que é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização a fim de qualificar o modo de fazer saúde (BRASIL, 2013b).

Os grupos de saúde constituem as ações propriamente ditas para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. O Ministério da Saúde aponta-os como a principal estratégia, destacando a importância da autonomia e da atenção integral dos sujeitos nesses espaços (BRASIL, 2013a). Porém, a formação biomédica dos profissionais de saúde com foco no cuidado clínico tem dificultado a execução dessa potente ferramenta.

Mais uma vez o problema da formação profissional e a falta de capacitação para atualização da “caixa de ferramentas” dos profissionais é visto como um dificultador para a atenção a Saúde Mental.

Diversos cursos da saúde ainda estão pautados no modelo biomédico, que descaracteriza as questões subjetivas e sociais, e comumente, giram em torno de ações programáticas em grupos prioritários proposto pela gestão como de diabetes, hipertensão, gestante e idosos.

Na lógica biomédica, os casos de Saúde Mental possuem como alternativas de cuidado o encaminhamento a especialistas e/ou utilização de medicação controlada (FERNANDES; MATSUKURAS; LOURENÇO, 2018).

O trabalho com grupos tem destaque na América Latina com nome de Pichon-Revière como referência, o qual desenvolve um arcabouço teórico e prático de técnicas que podem ser utilizados em inúmeras situações, inclusive na saúde pública (MENEZES; AVELINO, 2016).

Grupos bem conduzidos permitem trocas de experiências e transformação no modo de vida, atividade complexa, que no atendimento clínico individualizado levaria dispêndio financeiro e de tempo (MENEZES; AVELINO, 2016).

Na realização dos grupos, a técnica de Terapia Comunitária, desenvolvida por Barreto (2008), tem revelado impacto positivo no que diz respeito aos cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica (LEMES *et al.*, 2020; FERREIRA FILHA, 2009).

A vantagem da Terapia Comunitária é que pode ser desenvolvida por qualquer profissional da equipe de saúde, contanto que tenha formação, e realizada em qualquer espaço do território (BARRETO, 2008).

A Terapia Comunitária possibilita troca de experiências para problemas cotidianos, sabedoria de vida, trabalha de forma horizontal, com viés terapêutico, contribuindo para a autonomia, cidadania, corresponsabilização e fortalecimento da rede de apoio (BARRETO, 2008).

Na mesma linha de atuação em grupos para o cuidado em Saúde Mental é requerida a Gestão Autônoma da Medicação (GAM). É uma estratégia para ser praticada de forma coletiva, de modo dialogado e compartilhado.

A GAM parte do reconhecimento de que as pessoas têm uma experiência singular em relação ao uso de qualquer psicofármaco, e dessa forma trabalha para aumentar o poder de negociação entre usuário e profissionais de saúde (geralmente médicos) que estão envolvidos no tratamento (CAMPOS; PASSOS; PALOMBINI, 2014).

É importante que usuários e profissionais avaliem juntos em que medida os medicamentos servem à melhoria da qualidade de vida, reduzindo o sofrimento, ou de maneira oposta, se intensificam esse sofrimento com os efeitos colaterais. A lógica da GAM é fazer com que profissionais de saúde se aproximem das vivências dos usuários e em contrapartida que estes se sintam com liberdade e direito de intervir nas decisões do seu próprio tratamento (CAMPOS; PASSOS; PALOMBINI, 2014).

Em 2006 o MS aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários a esses serviços. As PICs envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, contribuindo para promoção global do cuidado (BRASIL, 2006).

As PICs são transversais na rede de atenção à saúde, porém, se condensam na Atenção Básica pela sua complexidade e baixa densidade tecnológica. As práticas que contemplam essa política são a Medicina Tradicional Chinesa; acupuntura; homeopatia; plantas medicinais e fitoterápicos; termalismo social; medicina astropofísica (BRASIL, 2006).

Na Atenção Básica estudos apontam que essa prática tem sido frequentemente utilizada para quadros de ansiedade, depressão, insônia, e outros transtornos mentais, contribuindo para a redução e até mesmo retirada de psicofármacos (BRASIL, 2013a; BARBOSA *et al.*, 2020).

É preciso que na Atenção Básica seja efetivada a integralidade, e reconhecida a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde dos usuários e disponibilize os recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002).

Todo problema de saúde deve ser acolhido com a atenção adequada, não permitindo a fragmentação do sujeito ou desagregação mente-corpo. As práticas de Saúde Mental podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica.

O cuidado em Saúde Mental não é algo novo ou além do trabalho cotidiano das equipes sendo realizado sem mesmo que os profissionais percebam.

Por fim, as ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica, sintetizados como princípios fundamentais desta articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, sendo elas:

Noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003a, p. 3).

Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo da atenção à Saúde Mental na Atenção Básica.

4 AVALIAÇÃO

Nas páginas seguintes será apresentado os principais conceitos da avaliação, o percurso histórico das gerações que a compõe, avaliação no campo da saúde e o principal programa avaliativo da Atenção Básica.

4.1 DEFINIÇÃO DE AVALIAÇÃO

A avaliação é uma atividade inerente do ser humano que está presente e sendo realizada no cotidiano. Situações diárias requerem, quase sempre, um período de avaliação, um momento de parar e refletir qual a melhor opção a ser tomada diante de uma decisão.

As situações rotineiras não necessitam de ferramentas ou fórmulas para isso, pois apenas o conhecimento e experiências passadas servem como parâmetros. Entretanto, algumas decisões de maior responsabilidade, exigem técnicas específicas para que não aconteça algo inesperado e/ou negativo na situação pretendida.

Logo, o significado de avaliar consiste, basicamente, em emitir um julgamento ou juízo de valor sobre alguma coisa (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

Outro sentido da avaliação é emitir um valor monetário sobre algum objeto ou serviço, por exemplo, avaliar se tal produto condiz com o valor que está sendo proposto (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

Essas situações requerem instrumentos próprios que permitam comparações, que possam servir de parâmetro, que tenham critérios claros envolvendo o máximo de variáveis, para que possa ser emitido um julgamento (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

Assim, a avaliação pode ter diversos sentidos devido ao seu processo de construção histórica e sua aplicação em diferentes áreas. É abrangente ao ponto que cada avaliador poderia construir seu próprio conceito dependendo do objeto ou fenômeno estudado (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

A avaliação exige prática, percorre diversos saberes para chegar a um determinado juízo de valor. O juízo de valor, por sua vez, vai contribuir para uma tomada de decisão responsável e criteriosa (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

No campo da saúde terá como objetivo final gerar mudanças e impactos positivos em serviços e programas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

4.2 AS QUATRO GERAÇÕES DA AVALIAÇÃO

Os primeiros registros sobre a cultura da avaliação podem ser encontrados na década de 20, no campo escolar, em que a avaliação era utilizada para mensurar/medir atributos de crianças e jovens (GUBA; LINCOLN, 2011).

As ferramentas utilizadas nesse período consistiam na utilização de exames a fim de saber se o(a) aluno(a) tinha conhecimento de determinado assunto. Assim, eram realizados “testes de memorização” (GUBA; LINCOLN, 2011).

O pesquisador e psicólogo Alfred Binet foi um dos personagens ilustres do seu tempo, criando o termo “idade mental” para organizar a idade cronológica de crianças para realização de determinadas tarefas. Esse método foi aperfeiçoado com outros pesquisadores, e foi desenvolvido o teste de QI, capaz de medir a inteligência (GUBA; LINCOLN, 2011).

Outro importante momento no período da mensuração da avaliação foi a utilização de testes para o recrutamento para a Primeira Guerra Mundial, o qual foi aplicado a 2 milhões homens (GUBA; LINCOLN, 2011).

Na chamada primeira geração da avaliação, identificou-se que alguns aspectos educacionais e escolares não poderiam ser simplesmente medidos por testes, seria preciso ir mais a fundo para compreender certas variáveis. Dessa forma, estabeleceu-se uma reestruturação nos currículos escolares com a inclusão de objetivos específicos para o avanço de novas habilidades, dando origem aos chamados “resultados desejados de aprendizagem” (GUBA; LINCOLN, 2011).

Com a finalidade de aperfeiçoar os currículos que estavam sendo desenvolvidos e confirmar se estavam funcionando, nasceu a avaliação de programas. Os pesquisadores analisavam os pontos fracos e pontos fortes dos currículos em andamento, a qual é denominada atualmente como avaliação formativa (GUBA; LINCOLN, 2011).

Assim, a segunda geração da avaliação é “caracterizada por uma abordagem da descrição de padrões de pontos fortes e fracos com respeito a determinados objetivos estabelecidos” (GUBA; LINCOLN, 2011, p. 25).

A terceira geração da avaliação agregou mais um item na sua característica, o juízo de valor. Isso porque a segunda geração começou apresentar graves falhas na missão de avaliar a resposta do governo federal no sistema educacional americano, permitindo que a Rússia ganhasse vantagem na exploração espacial (GUBA; LINCOLN, 2011).

Nesse momento, a avaliação passa a ser vista como algo meramente descritivo, sem uma visão crítica dos especialistas. Assim, começou a ser esperado nas avaliações um julgamento a partir de uma base, de um parâmetro, de critérios, na qual o avaliador assumiu o papel de julgador, mantendo as funções que realizava anteriormente (GUBA; LINCOLN, 2011).

As três gerações da avaliação não são completas em seu processo. Destaca-se como um dos pontos críticos a tendência ao gerencialismo, em que o gestor ou responsável pela contratação da avaliação influencia os resultados da mesma. Outro ponto é a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores que mistura de valores culturais pode influenciar no julgamento de uma avaliação.

Se a ciência não for isenta de valores, então não apenas os resultados estarão sujeitos a interpretação diferentes, mas os próprios “fatos” serão determinados em interação com o sistema de valores em que o avaliador (provavelmente não de maneira intencional) se fundamenta. Portanto, *todo ato de avaliar se torna um ato político* (GUBA; LINCOLN, 2011, p. 43).

O terceiro ponto levantado como falho nessas gerações é o comprometimento exagerado com o paradigma científico de investigação. Nesse quesito é importante entender que o percurso da avaliação utilizou de métodos científicos neutros considerados como verdades (GUBA; LINCOLN, 2011).

O investigador precisa se manter distante do fenômeno investigado a fim de não haver influência no juízo de valor. A dependência com relação aos métodos da ciência tem produzido a “descontextualização”, isto é, avaliar algo como se ele não existisse em dado contexto (GUBA; LINCOLN, 2011).

A dependência exagerada com a mensuração quantitativa formal também é apontada nesse contexto, observada na busca de dados concretos que possam ser medidos com precisão e analisados por instrumentos matemáticos e estatísticos (GUBA; LINCOLN, 2011).

O fato de o avaliador utilizar a ciência, teoricamente isenta de valores, conceberia a liberdade de qualquer responsabilidade moral por suas ações. Nenhuma das três gerações responsabiliza o avaliador moralmente por qualquer resultado da avaliação, ou do uso que venha fazer dos resultados obtidos (GUBA; LINCOLN, 2011).

A quarta geração da avaliação apresenta uma abordagem mais sensata a fim de suprir essas falhas. A abordagem mais coerente a ser utilizada é a da avaliação construtivista responsiva ou respondente.

Nessa categoria de avaliação, o avaliador muda os termos do parâmetro, isto é, nas primeiras gerações o parâmetro era estabelecido a priori. Aqui, na quarta geração é estabelecido uma forma de negociação interativa que envolve grupos de interesse. O termo utilizado “construtivista” é designado para sua metodologia, ultrapassando o paradigma científico, pois agora se preocupa com objeto avaliado e seus interessados, incluindo os diferentes olhares e subjetividades dos interessados (GUBA; LINCOLN, 2011).

Em síntese, a avaliação de quarta geração faz a utilização de métodos em que o grupo de interesse serve para determinar quais aspectos são essenciais incluir na avaliação, desenvolvido por meio do método construtivista.

4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde apresenta visibilidade após a Segunda Guerra Mundial quando o Estado começou a intervir nas políticas sociais na educação, assistência social, economia, saúde e entre outras. A partir disso, o estado começa a procurar ferramentas para que os recursos fossem mais eficientes. Os métodos de análise e vantagens passaram a ser analisados por economistas, o que consistia nas primeiras formas de avaliação no setor público (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Nesse contexto surgiram conceitos utilizados na avaliação da qualidade como “eficácia – o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis; efetividade – melhoria na saúde nas condições usuais da prática cotidiana; eficiência – custo com o qual dada melhoria na saúde é alcançada” (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

Na saúde, o modelo mais empregado para avaliação é o de Donabedian (1980), de estruturação sistêmica, que envolve a tríade “estrutura, processo e resultado”, conforme sistematizado no Quadro 4.

No campo da saúde, o objeto a serem avaliados são inúmeros, desde um procedimento até mesmo um sistema de saúde como um todo. A partir dos critérios escolhidos para avaliação se definem os objetivos e estratégias conforme a característica do fenômeno.

Quadro 4 - Modelo de avaliação em saúde

Modelos de Avaliação	Descrição do Modelo
Avaliação da estrutura	Realizada com indicadores organizacionais, que indicam a existência de recursos, fluxos e protocolos, considerando fatores como a hierarquização do atendimento, a padronização dos procedimentos, os sistemas de informação, a produção dos serviços, os recursos humanos, a estrutura física e os equipamentos. Os resultados são expressos quantitativamente, geralmente através de números absolutos ou percentagens, e permitem conhecer as ações implantadas, a cobertura populacional e o desempenho dos serviços nos aspectos gerenciais.
Avaliação de processo	Realizada com indicadores que reflitam a forma de atuação; consiste em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica. A sua execução envolve, por exemplo, auditoria de prontuários, supervisões periódicas, pesquisas de opinião pública, entre outras.
Avaliação de resultado	Realizada com indicadores que expressem os reflexos das medidas implementadas na saúde da população e as alterações nos perfis epidemiológicos.

Fonte: adaptado de Calvo; Magajewski; Andrade, 2016, p. 65.

Nessa perspectiva, a avaliação gera algumas incertezas, e que precisam ser respondidas antes de iniciar um processo avaliativo como: o que avaliar? A quem interessa a avaliação? Qual a finalidade dessa avaliação? E o que essa avaliação trará de impacto? A partir desses questionamentos é possível definir qual o tipo de avaliação a ser mais indicada (CALVO; HENRIQUE, 2006).

O tipo de avaliação a ser realizada vai depender do interessado. Os resultados da avaliação serão destinados para alguém tomar uma decisão. Diferentes atores terão diferentes interesses. Os gestores têm seus interesses, que são diferentes dos profissionais e usuários. Geralmente as avaliações com usuários são de satisfação com o serviço.

A avaliação em saúde pode ser desenvolvida antes, durante ou após a execução da ação, programa ou serviço que está sendo avaliado, o que classifica a avaliação em ex-ante e ex-post.

A primeira serve para identificar aspectos positivos ou negativos antes de iniciar uma atividade, permitindo tomada de decisões e partir de seu planejamento.

A *ex-post* acontece após o início de um programa ou atividade, no momento que está sendo executada ou mesmo após a conclusão, e permite identificar fenômenos que necessitam mudanças para que o processo ocorra conforme seu planejamento inicial (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

Uma avaliação pode ser classificada como “pesquisa avaliativa” ou “avaliação normativa”. A pesquisa avaliativa emite julgamento por meio de métodos científicos, correlacionando o objeto a ser avaliado com o contexto que se situa. Nesse tipo de avaliação devem estar incluídas propostas de alternativas para os problemas identificados.

A avaliação de natureza normativa consiste em usar parâmetros a partir de normas legais e técnicas, e assim, emitir um juízo de valor (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016, CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

O juízo de valor é peça chave de uma avaliação, indicará a decisão a ser tomada. É importante que esteja bem definido o que se deseja avaliar e que irá ser decidido. Uma avaliação sem uma definição pode acabar sendo apenas um diagnóstico de situação (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Para um processo avaliativo de uma intervenção, serviço ou programa de saúde, é recomendada a utilização de ferramentas como o Modelo Lógico-Teórico, Matriz Avaliativa/Análise e Julgamento, critérios, indicadores e parâmetros (MEDINA *et al.*, 2005).

Para Medina *et al.* (2005, p. 46) “o modelo lógico é entendido enquanto um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados”.

A construção desse instrumento pode ser embasada a partir de fontes teóricas, pesquisas preliminares ou experiência de avaliadores e gestores. Nesses termos, o modelo deve representar na teoria a funcionalidade de um programa através de uma síntese de seus principais componentes.

A partir da construção do modelo, elabora-se um “desenho de uma matriz que apresente os critérios/indicadores e parâmetros que serão utilizados, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas” (MEDINA *et al.*, 2005, p. 53).

No que diz respeito aos indicadores, podem ser considerados como “medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação

sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde” (RIPSA, 2008, p.13).

Dessa maneira, os indicadores são fundamentais para caracterizar as condições que se encontram o objeto avaliado. Porém, é impossível mensurar todas as ações e resultados dentro de um programa de saúde, por isso é preciso priorizar os indicadores que se consideram mais importantes. Um único indicador não possui capacidade de trazer informações suficientes, dessa forma deve-se eleger um grupo de indicadores que, quando analisados conjuntamente, produzam avaliações coerentes para a gestão do sistema de saúde em questão (MEDINA *et al.*, 2005).

O juízo de valor a ser aplicado deve ser estabelecido com parâmetros bem definidos. Para isso é necessário que, para cada indicador selecionado, se defina claramente com que este será comparado. O parâmetro pode ser baseado em diversas circunstâncias, mas precisará ser sempre um referencial factível no contexto dos programas avaliados e não apenas uma meta ideal ou um “padrão” adotado que não retrata as condições objetivas da realidade local (TANAKA; MELO, 2004).

[...] o crescimento exponencial da produção de novas tecnologias voltadas para o cuidado, que passam a ser usadas, nem sempre tendo a sua eficácia comprovada e, muitas vezes, gerando efeitos indesejáveis e altos custos, impõe o desenvolvimento e aprimoramento de metodologias de investigação dos serviços de saúde (MEDINA *et al.*, 2005, p. 58).

Dessa forma, conclui-se que é imprescindível a utilização da avaliação dos serviços de saúde para que a tomada de decisão seja mais qualificada, orientada por critérios cientificamente validados, e para que haja melhoria nos serviços ofertados (CONTANDRIOPOULOS, 2006). A avaliação é prevista nas atribuições comuns dos entes federativos desde a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990) e encontra-se dentre os objetivos específicos da Portaria da RAPS (BRASIL, 2011a).

4.4 AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A avaliação nos serviços de saúde tem como objetivo discutir, estimular e melhorar a prática cotidiana dos profissionais e das instituições, seja em nível local, municipal estadual ou federal. O processo avaliativo deve contemplar melhorias no processo de trabalho, resultados

com os objetivos, corrigir problemas, propor mudanças que melhorem a atuação dos profissionais. Para isso, a avaliação deve fazer parte da rotina de trabalho (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016).

Vários dispositivos legais que regulamentam o SUS preveem a avaliação dos programas e serviços, como a Lei Orgânica 8.800/90, e a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 1990; BRASIL 2017a).

É a partir dos anos 2000 que o Ministério da Saúde passa a se interessar no desempenho e gestão de programas e projetos, vinculados à participação e controle social, visto como um grande desafio, porém necessário para a consolidação do SUS e do fortalecimento da Atenção Básica (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Na mesma década foi criada a Coordenação de Investigação no interior do Departamento da Atenção Básica (DAB), objetivando monitorar e avaliar propostas relativas à Atenção Básica, focando nesse primeiro momento na tríade de Donabedian (estrutura, processo e resultado), por meio dos dados disponíveis nos sistemas de informação (BRASIL, 2005a).

Posteriormente, em 2003 essa coordenação passou a ser chamada de Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), com a missão de fortalecer o papel da avaliação enquanto importante instrumento para a gestão do SUS com vistas à criação de uma cultura avaliativa nas três esferas de governo (BRASIL, 2005a).

Uma série de discussões foi desencadeada a fim de construir as bases de uma política nacional para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica à Saúde, com a formação da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, envolvendo gestores e técnicos de vários setores do Ministério da Saúde (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; BRASIL, 2005a).

A missão e objetivos estratégicos da CAA/DAB estavam definidos como:

Monitorar e avaliar a Atenção Básica instrumentalizando a gestão e fomentar/consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. Objetivos Estratégicos: identificar aspectos relevantes da atenção básica para serem monitorados e avaliados, com destaque para a ESF; desenvolver estratégias de disseminação das informações relevantes, precisas e de forma ágil sobre Atenção Básica no país; construir capacidade técnica e política nas três instâncias gestoras do SUS que possibilite a análise dos dados para a tomada de decisão; induzir processos de articulação intra e intersectorial visando a institucionalização do monitoramento e da avaliação da Atenção Básica; fomentar e dinamizar estratégias de pactuação de metas e indicadores da Atenção Básica nas três instâncias de gestão do SUS; garantir o acesso aos bancos de dados sob gerência da coordenação para monitorar e avaliar a Atenção Básica; identificar a necessidade de fomentar e articular estudos avaliativos

para a Atenção Básica; gerenciar o Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2005a, p. 14).

O percurso da institucionalização da avaliação na Atenção Básica foi apresentado por Almeida e Giovanella (2008): em 2004 abriu-se uma chamada pública para o desenvolvimento de estudos avaliativos chamada de “Linha de Base”, que tinha como propósito a expansão e consolidação da ESF; outra importante iniciativa do Ministério da Saúde foi a abertura do Edital MCT-CNPq/MS-DAB/SAS - nº. 49/2005 - Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde, que financiou uma série de projetos com o objetivo de expandir o conhecimento básico e aplicado sobre avaliação da Atenção Básica para fortalecer a institucionalização destas ações no SUS; em 2011, o DAB em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) propuseram o PMAQ-Atenção Básica, como um instrumento específico de autoavaliação e avaliação externa (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2016), que foi instituído por meio da Portaria 1.654/11 e revogada pela Portaria GM/MS 1.645/2015 (BRASIL, 2015b).

Os investimentos do Ministério da Saúde na busca pela institucionalização da avaliação na Atenção Básica trouxeram resultados que permitiram a qualificação da atenção à saúde em termos de gestão, do cuidado, do acesso, e conseqüentemente da melhora do perfil epidemiológico no país. A avaliação na Atenção Básica pode reduzir as incertezas para as tomadas de decisões, e possibilita que se preste contas à sociedade a partir da análise de seus processos e resultados.

4.4.1.1 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde para institucionalizar a avaliação e atender às necessidades dos usuários do SUS foi o PMAQ-AB.

O programa tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em saúde (BRASIL, 2015b).

A Portaria 1.654 cita como diretrizes do PMAQ-AB:

I. construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da Atenção Básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde; II. estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e dos indicadores de acesso e de qualidade que envolvam a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da Atenção Básica; III. promover transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; IV. envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de Atenção Básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica; V. desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e dos resultados pactuados e alcançados; VI. estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e VII. promover caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da Atenção Básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e da proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2015b).

O PMAQ-AB passou por três ciclos. O primeiro foi realizado em 2011 e contemplou apenas as eSF. Em 2012 iniciou o Segundo Ciclo, incluindo todas as equipes da Atenção Básica (Saúde da Família e Parametrizada, Saúde Bucal, Centros de Especialidades Odontológicas e Nasf-AB). Em 2015 foi realizado o terceiro Ciclo. A partir do Governo de Jair Bolsonaro não foi cogitado a continuidade do Programa.

O PMAQ-AB constitui-se por três fases: Adesão e Contratualização; Certificação e; Recontratualização.

A primeira fase busca o compromisso e os indicadores a serem pactuados entre equipes de saúde, gestores municipais e Ministério da Saúde. A Certificação é composta pela avaliação externa, avaliação de desempenho e a autoavaliação. A Recontratualização, é o processo de pactuação entre as equipes e gestores para novos padrões e indicadores de qualidade (BRASIL, 2015b).

Além disso, o PMAQ-AB conta com um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que envolve a Autoavaliação, Monitoramento dos indicadores, Educação Permanente, Apoio institucional e Cooperação Horizontal. Esses elementos são estruturados de forma contínua e sistemática (BRASIL, 2015b).

A fase da Certificação é a avaliação propriamente dita, realizada com parceria de Instituição de Ensino Superior, com instrumentos específicos para a coleta de dados que envolvem aspectos importantes da PNAB e apresentação de documentos comprobatórios (BRASIL, 2015b).

A avaliação externa contém seis módulos: I) observação na UBS que avalia as condições de estrutura e insumos; II) entrevista com o profissional da Atenção Básica e verificação de documentos onde se avalia o processo de trabalho e a organização do serviço; III) Entrevista com o usuário da UBS entendida como uma pesquisa de satisfação; IV) entrevista com o profissional do Nasf-AB; V) observação na UBS para Saúde Bucal e; VI) entrevista com profissional de Saúde Bucal (BRASIL, 2015b).

O instrumento do 2º Ciclo do PMAQ-AB contemplou 47 indicadores subdivididos em 7 áreas estratégicas 9 s (saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas, produção geral, doenças transmissíveis e saúde mental), alinhados aos programas estratégicos do Ministério da Saúde (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência), pactuados pelas três esferas de governo (BRASIL, 2013e).

Os indicadores utilizados foram classificados como:

- a) Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de certificação e que serão utilizados para a classificação das equipes, conforme o seu desempenho; e b) Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por cada equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às EAB no processo de avaliação externa (BRASIL, 2013e, p. 24).

No Quadro 5 encontra-se os indicadores relacionados a área de saúde mental contemplada na avaliação do 2º Ciclo do PMAQ-AB e sua descrição.

Quadro 5 - Descrição dos indicadores da área de Saúde Mental na avaliação do 2º Ciclo do PMAQ-AB

Indicadores de Monitoramento	Descrição do Indicador
Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto de usuários de álcool e drogas:	Dedicação da equipe com relação ao cuidado à saúde mental nos casos de transtornos mentais, podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão.
Proporção de atendimentos de usuário de álcool	Auxilia as equipes no planejamento e avaliação das ações e a ampliação do acesso aos usuários, suas famílias e a comunidade. Permite conhecer a participação dos atendimentos aos usuários de álcool na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.
Proporção de atendimentos de usuário de drogas	Evidencia a dedicação ao cuidado aos usuários de drogas, podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses usuários, suas famílias e a comunidade.
Taxa de prevalência de alcoolismo	Auxilia as equipes a planejarem suas ações e a ampliarem a qualidade da atenção prestada aos usuários de álcool, suas famílias e comunidade.

Fonte: Adaptado de Brasil (2013e) e Brasil (2013f).

As equipes participantes no PMAQ-AB são certificadas conforme o seu desempenho, levando em consideração a implementação de processos autoavaliativos; verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados; verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (avaliação externa) (BRASIL, 2015b).

O percentual da nota final da certificação é distribuído por meio da implementação de processos autoavaliativos (10%); avaliação dos indicadores contratualizados (20%); avaliação externa (70%) (BRASIL, 2015b).

No final, o programa repassa o recurso do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento.

O PMAQ-AB é um programa que contempla diversas perguntas sobre todo processo de trabalho da Atenção Básica. Por isso não há muitas questões específicas relacionadas à saúde mental.

A falta de indicadores de Saúde Mental é notada também no Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

Esse fato pode estar relacionado à subjetividade que a área da Saúde Mental apresenta, dificultando a objetivação e sistematização numérica das práticas dos processos trabalhos em torno de indicadores (FURTADO *et al.*, 2013).

Mesmo que o PMAQ-AB evidencie questões de Saúde Mental bastante específicas, ainda assim é possível considerara variáveis transversais que possam ser compreendidas e utilizadas dentro do campo da atenção à Saúde Mental.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção será apresentada o percurso metodológico do estudo, abrangendo o tipo da pesquisa e as etapas que levaram aos resultados.

5.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo avaliativo, de caráter normativo de natureza aplicada, com abordagem quantitativa (SILVA; LOPES; JUNIOR, 2014).

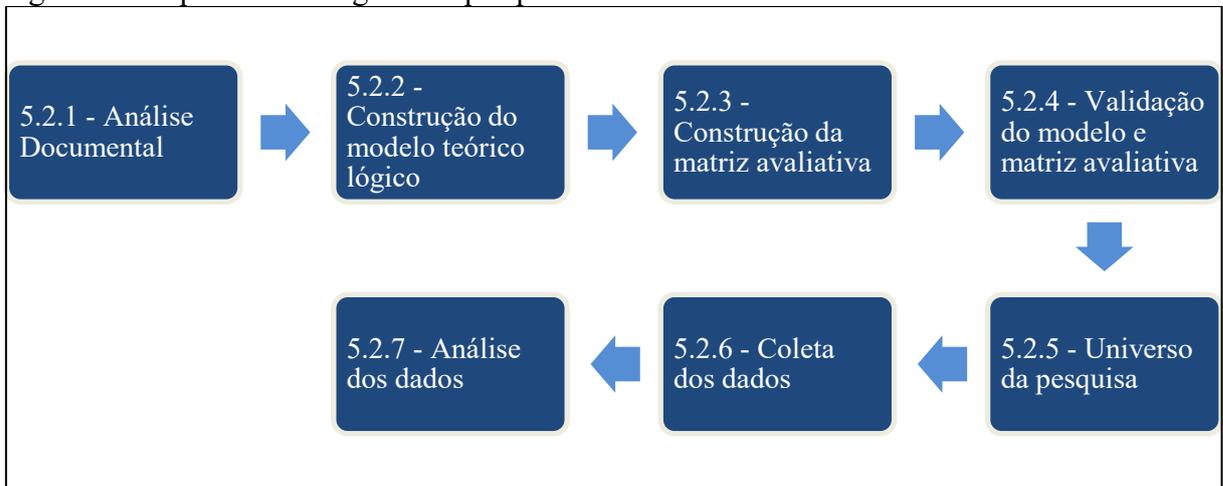
De acordo com Contandriopoulos (2006, p. 706), a avaliação consiste basicamente em “aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes”.

Entende-se por avaliação normativa a busca por examinar os componentes em relação às normas e critérios estabelecidos em programas e/ou serviços, permitindo acompanhar e controlar para garantir a qualidade, ou ainda, em fazer um julgamento sobre uma intervenção, envolvendo os recursos empregados, estrutura, processo e os resultados obtidos com critérios e normas (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

5.2 ETAPAS DA PESQUISA

A fim de apresentar as etapas metodológicas da pesquisa, foi elaborado um fluxograma, representado na Figura 1. A seguir, cada etapa é descrita.

Figura 1 - Etapas metodológicas da pesquisa



Fonte: elaborado pelo autor.

5.2.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

A primeira etapa do estudo dedicou-se à exploração de informações sobre a avaliação e os dispositivos sobre a Saúde Mental na Atenção Básica.

Foi realizado um levantamento de documentos e publicações sobre o tema, a fim de favorecer o embasamento teórico do assunto para a elaboração das próximas etapas da pesquisa.

A busca exploratória foi de maneira livre pelo Google Scholar, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de fevereiro a maio de 2019.

Os principais dispositivos encontrados embasaram a construção do Modelo Teórico-Lógico, contribuindo para o desenvolvimento dos componentes da Matriz Avaliativa e seus *rationales/justificativas*.

Os documentos que conduziram essa etapa estão sistematizados no Quadro 6.

Quadro 6 – Análise documental das normativas sobre Saúde Mental e Atenção Básica

Dispositivo	Título - objetivo
Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001	<i>Lei da Reforma Psiquiátrica</i> – dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Portaria nº 2.436/17 – terceira edição PNAB	<i>Política Nacional de Atenção Básica (2017)</i> - apresenta suas características de acesso, conjunto de ações de saúde, 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 que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.
Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006	<i>Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares</i> – contempla o campo de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos envolvendo abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade corroborando para a integralidade a atenção à saúde.
Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	<i>Rede de Atenção à Saúde no SUS</i> - estabelece arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.
Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	<i>Rede de Atenção Psicossocial</i> - serviços e equipamentos variados para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas e busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária.
Cadernos de Atenção Básica, nº 34 – Saúde Mental, 2013	<i>Saúde Mental</i> – apresenta aos profissionais da atenção básica componentes da saúde mental com o objetivo de aproximar conceitos, estimular e compartilhar ferramentas e estratégias de intervenção terapêuticas com diferentes realidades profissionais ao exercício do trabalho em saúde mental ampliando a capacidade do cuidado integral.
Cadernos de Atenção Básica, nº 39 – Nasf-AB, 2014	<i>Núcleo de Apoio à Saúde da Família</i> – dispõe sobre a organização do processo de trabalho do NASF frente a usuários e famílias juntamente com as eSF, apresentando ferramentas e estratégias de cuidado.

Fonte: elaborado pelo autor.

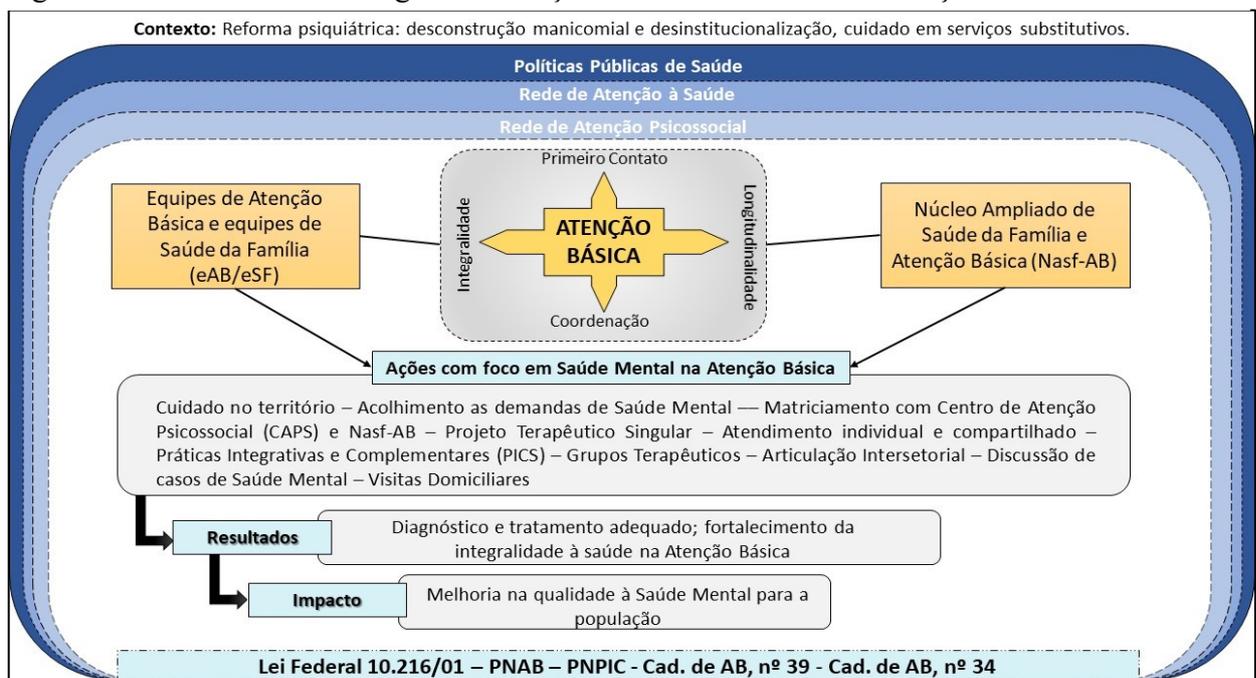
5.2.2 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO

A etapa seguinte desse estudo foi a construção do Modelo Teórico-Lógico, considerado por Brousselle *et al.* (2011), como parte fundamental no processo avaliativo que permite a visualização detalhada e organizada do objeto estudado e um claro direcionamento da intervenção, servindo como um guia para a avaliação.

O Modelo Teórico-Lógico teve como base as referências bibliográficas encontradas na análise exploratória inicial e sua elaboração ocorreu na disciplina de Seminário de Avaliação em Saúde ofertada pelo PPGSC da UFSC.

Na Figura 2 está a representação desse instrumento.

Figura 2 - Modelo Teórico-Lógico da atenção em Saúde Mental na Atenção Básica



Fonte: elaborado pelo autor.

O modelo é representado por camadas. Na parte externa é considerado todo o contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, objetivando a desconstrução manicomial, a desinstitucionalização e a criação de serviços substitutivos para o cuidado humanizado de caráter territorial e comunitário.

Na primeira camada estão as políticas públicas que orientam o sistema de saúde, sendo de particular importância para o objeto do estudo a Política Nacional de Saúde Mental.

Na segunda camada encontra-se a RAS, representada pela organização do sistema e dos serviços de saúde.

Na terceira camada está localizada a RAPS com seus componentes, incluindo a Atenção Básica que está representada pelo polígono estrelado, indicando os atributos norteadores: primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado e a longitudinalidade.

No modelo Teórico Lógico a Atenção Básica está embasada PNAB e operacionalizada por meio das eAB/eSF e Nasf-AB.

As diferentes formas de atenção em Saúde Mental dessas equipes estão orientadas, principalmente, pelos Cadernos da Atenção Básica nº 39 (Nasf-AB) e nº 34 (Saúde Mental). As PICs servem como ferramentas de suma importância para o cuidado em Saúde Mental.

As principais ações com foco em Saúde Mental são definidas a partir de: cuidado no território de caráter comunitário; acolhimento; matriciamento; PTS; atendimento individual e compartilhado; PICs; grupos terapêuticos; articulação intersetorial; discussão de casos visitas domiciliares. Essas ações devem ser realizadas pelos profissionais da Atenção Básica.

5.2.3 CONSTRUÇÃO DA MATRIZ AVALIATIVA

A terceira etapa da pesquisa diz respeito ao instrumento avaliativo utilizado nesse estudo, a Matriz Avaliativa.

Segundo Alves, Natal e Samico (2010), a Matriz Avaliativa é parte substancial do processo avaliativo, entendida como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo como seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízo de valor.

Dessa forma, estabelecer critérios, indicadores e parâmetros é condição necessária para avaliação, pois são essas condições que permitem o julgamento sobre o objeto avaliado.

Para sua construção foi necessária uma análise exploratória nos bancos de dados do 2º Ciclo do PMAQ-AB, de onde foram retiradas as informações da pesquisa. Na exploração preliminar foi possível identificar variáveis de interesse para essa avaliação.

O PMAQ-AB foi escolhido pelo fácil acesso, disponibilizado publicamente, e por fornecer uma ampla quantidade de informações sobre a estrutura e o processo de trabalho da Atenção Básica em todo o país.

Foram utilizados os dados do 2º Ciclo do PMAQ porque na data em que esta pesquisa teve início, os bancos de dados do 3º Ciclo ainda não estavam disponíveis.

Os instrumentos utilizados foram os manuais avaliativos do PMAQ-AB que estão organizados em dois módulos: Módulo 1) – avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da UBS, contando com 555 variáveis e; Módulo 2) – informações sobre processo de trabalho da equipe e sobre a organização do cuidado com os usuários, com 686 variáveis.

Os microdados do 2º Ciclo do PMAQ contam com informações de 24.056 estabelecimentos de saúde e 30.389 equipes de saúde de todo o país, contemplando um total de 1.241 variáveis.

Nos módulos do PMAQ-AB foram selecionadas as variáveis, verificadas individualmente com relação à pertinência ao tema da Saúde Mental.

Na primeira análise foram separadas 37 variáveis do Módulo I. No módulo II foram separadas 217 variáveis. Nem todas as variáveis do instrumento possuíam relação direta com a Saúde Mental, mas abrangiam a integralidade da saúde.

No quadro 7 encontram-se os temas relacionados as variáveis selecionadas do PMAQ-AB.

As variáveis previamente selecionadas passaram por outra análise, dessa vez mais criteriosa, pois serviriam como medidas dos indicadores da Matriz.

Nesses termos, de 217 variáveis inicial, foram excluídas 101, restando um total de 116 variáveis: 22 do Módulo 1; e 94 do Módulo 2.

As variáveis foram organizadas em uma planilha do Excel e posteriormente foram agrupadas conforme suas semelhanças em temáticas. Os materiais bibliográficos contribuíram para tomada de decisão nessa etapa.

Os temas os quais as variáveis foram alocadas, transformaram-se em indicadores, e o conjunto de indicadores formaram as subdimensões e conjunto de subdimensão formaram as dimensões.

Por meio deste agrupamento foram definidos os indicadores, subdimensões e subdimensões da Matriz Avaliativa. Por fim, as variáveis selecionadas serviram como medidas para os indicadores, sendo que cada indicador possui uma ou mais medidas.

Quadro 7 - Temas correspondentes as variáveis selecionadas dos módulos I e II do 2º Ciclo do PMAQ-AB. Brasil, 2012.

MÓDULO I - Infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos	MÓDULO II - Processos de trabalho e organização do cuidado
Identificação da modalidade e profissionais da equipe de Atenção Básica	Educação Permanente do processo de qualificação das ações desenvolvidas
Horário de funcionamento da Unidade de Saúde	Planejamento da equipe de Atenção Básica e ações da gestão para a organização do processo de trabalho da equipe
Características estruturais e ambiência da Unidade de Saúde	Apoio institucional e apoio matricial
Insumos para Práticas Integrativas e Complementares	Acolhimento à demanda espontânea
Medicamentos componentes da Farmácia Básica	Organização da agenda
Medicamentos fitoterápicos	Atenção à saúde
	Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos
	Oferta e resolubilidade de ações da equipe
	Atenção ao usuário em sofrimento psíquico
	Práticas Integrativas e Complementares
	Promoção da saúde
	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Fonte: elaborado pelo autor.

A Matriz Avaliativa possui 4 dimensões, 4 subdimensões, 28 indicadores e 116 medidas. Para cada dimensão, subdimensão e indicador foi elaborado *rationales*/justificativas, pesos e parâmetros. A estrutura preliminar (sem medidas) da Matriz Avaliativa está sistematizada no Quadro 8.

Quadro 8 - Síntese dos componentes da Matriz Avaliativa

Dimensão	Subdimensão	Indicadores
Processo de trabalho	Processo de Trabalho da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família	Planejamento do processo de trabalho
		Apoio da gestão para as eAB/eSF
		Práticas Integrativas e Complementares
		Acolhimento
		Responsabilização
		Demanda espontânea
		Apoio matricial
		Ações das eAB/eSF
	Processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica	Apoio em situação imprevista
		Planejamento compartilhado do processo de trabalho do Nasf-AB com a eAB/eSF
Ações compartilhadas (eAB/eSF + Nasf-AB)		
Realização de consultas		
Ações para o cuidado em Saúde Mental	-	Protocolos de Saúde Mental na AB
		Registro das demandas de Saúde Mental pelas eAB/eSF
		Planejamento para as demandas de Saúde Mental
		Ações de Saúde Mental
Estrutura	Recursos humanos	Qualificação das eAB/eSF para as demandas de Saúde Mental
		Apoio especializado
	Estrutura física	Estrutura para acolhimento
		Sala de atividade coletiva
		Estrutura da farmácia
Acesso e oferta de serviço na Atenção Básica	-	Acesso ao Nasf-AB
		Divulgação das ações e serviços
		Turno de atendimento
		Acesso a especialista
		Acesso ao serviço da AB
		Acesso ao profissional da AB
		Agendamento aos usuários

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.4 VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO E DA MATRIZ AVALIATIVA

A quarta etapa da pesquisa foi a validação dos instrumentos construídos – Modelo Teórico-Logico e da Matriz Avaliativa.

O processo ocorreu por meio da oficina de consenso composto por um grupo de *experts* no assunto. A técnica utilizada foi o Grupo Nominal/Painel de Especialistas (CAMPOS *et al.*, 2010).

Para isso, foi encaminhado um convite por correio eletrônico para dez *experts* nas áreas de avaliação, Saúde Mental e Atenção Básica, juntamente com o material contendo os objetivos da pesquisa, o Modelo Teórico-Lógico e a Matriz Avaliativa.

Do total de convidados, quatro confirmaram presença e os demais não compareceram por motivos pessoais.

A oficina aconteceu em fevereiro de 2020 nas instalações da UFSC, contando com a presença de um Professor Doutor em Saúde Coletiva especialista em Atenção Básica e PICs; uma Professora Doutora em Saúde Coletiva especialista em Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde e membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde - NEPAS; uma aluna Doutoranda do PPGSC, Mestra em Psicologia e especialista em Atenção Básica; e um aluno Mestrando do PPGSC em Saúde Coletiva na linha de Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde e membro do NEPAS.

A oficina teve duração de quatro horas. Foi realizada a entrega impressa para os participantes dos materiais em análise, e a apresentação ocorreu por meio de projeção, seguida de discussão e apontamentos.

O modelo Teórico-Lógico foi aprovado na íntegra. A Matriz Avaliativa apresentou pontos que necessitaram de ajustes, conforme sistematizado no Quadro 9.

As recomendações foram consideradas e modificadas. O produto da Matriz Avaliativa está sistematizado no APÊNDICE A deste trabalho.

Quadro 9 - Considerações de ajustes da Matriz Avaliativa após a oficina de consenso

- ✓ Mudança de posição da subdimensão “S1 - processo de trabalho das eAB/eSF” para o lugar da subdimensão “S2 - processo de trabalho do Nasf-AB”;
- ✓ Mudança de posição do indicado “I12 - realização de consultas” para o indicador “I11 - ações compartilhadas”;
- ✓ Mudança de posição da medida “M60”;
- ✓ Alteração no parâmetro da medida “M1 - planejamento e programação das ações”, suprimindo a opção “semanal”;
- ✓ Melhoria da justificativa do parâmetro da M1 nos *rationales*;
- ✓ Alteração no parâmetro da medida M40 - periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do Nasf-AB com a eAB/eSF”, suprimindo a opção “semanal”;
- ✓ Alteração no parâmetro da medida “M17 - tempo de espera para a primeira escuta/acolhimento”, aumento de 20 para ≤ 30 min;
- ✓ Alteração no parâmetro da medida “M90 – tempo médio para o Nasf-AB atender as solicitações das equipes” para um período de espera maior;
- ✓ Alteração da posição da medida “M33 – realização de atividade física no território”;
- ✓ Alteração do nome do indicador “gestão das demandas de Saúde Mental” para “registro das demandas de Saúde Mental” devido ao indicador possuir grande parte de medidas referente a forma de registro;
- ✓ Atribuição de maior peso para as medidas dos indicadores da dimensão “D3 – ações para o cuidado em Saúde Mental”;
- ✓ Atribuição de maior peso para a medida “M12 - terapia comunitária” por se tratar de uma ação com relação direta a Saúde Mental;
- ✓ Exclusão da medida referente “as equipes possuem materiais para a prática de acupuntura”, subentendendo a realização dessa prática com estoque mínimo para esses insumos;
- ✓ Exclusão da medida referente “o trabalho conjunto com o apoiador institucional para qualificar o processo de trabalho”;
- ✓ Exclusão da medida referente “a organização da agenda dos profissionais para realização de acolhimento à demanda espontânea”;
- ✓ Exclusão da medida referente “o encaminhamento para especialista neurologista”;
- ✓ Exclusão da medida referente “a eAB/eSF receber apoio do Polo da Academia da Saúde”;
- ✓ Exclusão da medida referente “a eAB/eSF receber apoio matricial da Vigilância em Saúde”;
- ✓ Exclusão da medida referente “a eAB/eSF receber apoio matricial de especialistas da rede”;
- ✓ Exclusão da medida referente “a eAB/eSF receber apoio matricial do Centro especializado em reabilitação”;

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.5 UNIVERSO DA PESQUISA

O estudo teve como unidade de análise os municípios brasileiros que participaram do 2º Ciclo do PMAQ-AB totalizando 5.595 segundo levantamento obtido no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) tendo como referência o ano de 2012.

Foi definido como critério de inclusão a participação dos municípios que fizeram parte da avaliação do 2º Ciclo do PMAQ-AB com mais 50% de suas eAB/eSF. Sendo assim, 169 municípios não participaram do 2º Ciclo, 58 municípios participantes não constavam na lista de cadastro do CNES não sendo possível identificar a representatividade das equipes participantes do PMAQ, e 743 não apresentaram representatividade de equipes superior a 50% na avaliação do PMAQ. Com base nisso, foram excluídos 970 municípios, restando para o universo da pesquisa 4.625 municípios brasileiros.

5.2.6 COLETA DOS DADOS

Os dados foram extraídos das planilhas de microdados do 2º Ciclo do PMAQ-AB e tratados por meio do programa Microsoft Office Excel 2016.

Foi criada uma pasta de trabalho contendo 4 planilhas, denominadas “Protocolo”, “Variáveis”, “Indicadores” e “Juízo de valor”. Na planilha “Protocolo” foi inserido o esquema da Matriz Avaliativa, na qual todas as medidas foram codificadas (M1 a M106), os indicadores (I1 a I28), subdimensão (S1 a S6) e dimensão (D1 a D4).

Na planilha “variáveis” foram distribuídos os municípios nas linhas e as medidas nas colunas. As variáveis foram localizadas nos bancos de dados dos módulos I e II do PMAQ-AB.

No banco de dados do Módulo I, as linhas correspondem às unidades de saúde, e no Módulo II, correspondem às equipes. Para fazer a correspondência desses dados para o município, cada variável, antes de ser transportada para a planilha “variáveis”, teve que ser analisada.

Com a ferramenta “Tabela Dinâmica” do Excel, foi feita uma tabela de frequência da variável por meio do código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do município nas linhas e a quantificação das respostas nas colunas.

Para as variáveis dicotômicas (sim ou não), o valor considerado foi aquele com maior frequência. Por exemplo, na variável “II.14.3.6 - A equipe programa oferta de consultas para transtorno mental?”, se a resposta “sim” teve maior frequência que a resposta “não”, esta foi assumida para o município. Em caso de empate, a melhor situação foi assumida para o município.

Nas variáveis não dicotômicas (M21, M62, M63, M76, M81, M90, M91, M98, M99, M105, M106), inicialmente as possibilidades de resposta foram agrupadas de modo a ficarem com 3 categorias, conforme apresentado no Quadro 10.

A essas categorias, foram atribuídos valores 0 – 0,5 – 1. Por meio da “tabela dinâmica”, foi feita a quantificação das três opções de resposta e o valor considerado para o município foi aquele com maior frequência. Nos casos de empate, a melhor situação foi assumida de forma a favorecer o município na avaliação.

A transferência dos valores dos municípios para a planilha “variáveis” foi feita com o comando “*procv*” do Excel, utilizando o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE como referência.

Quadro 10 - Agrupamento das variáveis não dicotômicas da Matriz Avaliativa

Medida – (Código PMAQ) - Descrição	Opção de resposta e peso
M21 (II.16.1) - A equipe de Atenção Básica obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?	Sempre = 1 Na maioria das vezes = 0,5 Poucas vezes = 0 Não há retorno = 0
M62 (G - II.23.2) - Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico?	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário = 1 Em qualquer dia da semana, em horários específicos = 0,5 Dias específicos fixos, em qualquer horário; Dias específicos fixos, em horários específicos = 0 Outros = 0 Não se aplica = 0
M63 (G-II.23.3) Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde?	Atendido no mesmo dia = 1 Nº de dia: de 3 a 15 dias = 0,5 >15 dias = 0 Não se aplica = 0
M76 (II.7.2.1) - A eAB/eSF participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal: a) Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão; b) Cursos presenciais; c) Telessaúde; d) RUTE – Rede Universitária de Telemedicina; e) UNASUS; f) Curso de Educação à Distância; g) Troca	Sim: ≥ 6 opções = 1 Entre 4 e 5 opções = 0,5 ≤ 3 opções = 0 Não = 0

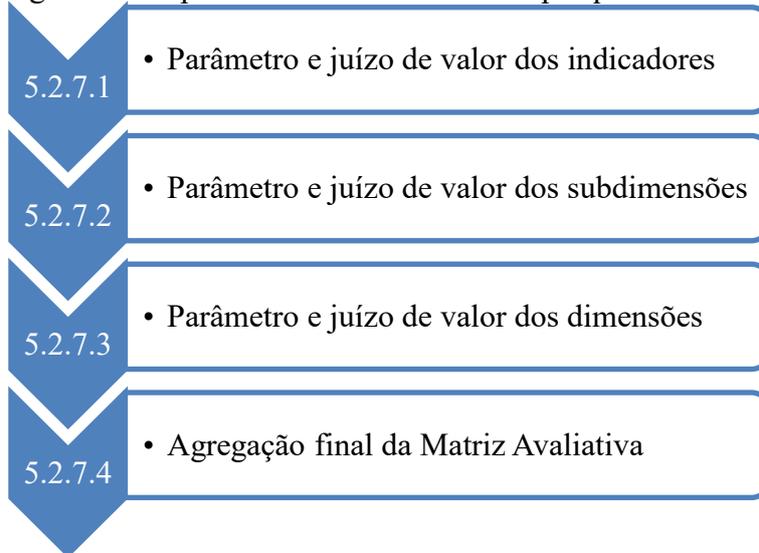
de experiência; h) Tutoria/preceptoria; i) A UBS como espaço de formação de ensino aprendizagem.	
M81 (II.12.2) - Em que local é realizado o acolhimento?	Sala específica = 1 Consultório = 0,5 Sala de espera/recepção = 0 Outro local = 0 Não há local específico = 0 Não se aplica = 0
M90 (II - NIII.33.9) - Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	Opções de dias: ≤ 7 dias = 1 8 a 15 dias = 0,5 Mais de 30 dias = 0 Não se aplica = 0
M91 (II - NIII.33.10) - O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado	Sempre = 1 Na maioria das vezes = 0,5 Às vezes = 0 Raramente = 0 Nunca = 0 Não se aplica = 0
M98 (II.16.2.8) - Quando existe a necessidade de realizar encaminhamento dos usuários para especialista psiquiatra ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário?	Nº de dias: ≤ 90 dias = 1 91 a 180 dias = 0,5 Não houve encaminhamento = 0 Não há possibilidade de encaminhamento (não há especialista na rede) = 0 Não sabe/Não respondeu = 0
M99 (II.14.1) - 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 = 1 A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao usuário = 0,5 A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas = 0,5 O usuário recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a um serviço indicados pela sua equipe = 0,5 Não há um percurso definido = 0
M 105 (G - II.12.13) - Como os usuários são agendados?	Com hora marcada = 1 Marcado por bloco de horas = 0,5 Fila para pegar senha = 0
M 106 (G - II.12.12) - Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário = 1 Em qualquer dia da semana, em horários específicos = 0,5 Dias específicos fixos, em qualquer horário = 0 Dias específicos fixos, em horários específicos = 0 Outro(s) = 0

Fonte: material elaborado pelo autor. “Opções de respostas” adaptado do material do PMAQ (BRASIL, 2013e).

5.2.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para melhor definição da análise dos dados, foi elaborada etapas de maneira a organizar o percurso metodológico do estudo, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 - Etapas da análise dos dados da pesquisa



Fonte: elaborado pelo autor.

5.2.7.1 PARÂMETRO E JUÍZO DE VALOR DOS INDICADORES

Concluído a quantificação das respostas das medidas, procedeu-se o cálculo dos indicadores.

As medidas foram convertidas em escores 0 - 0,5 - 1, sendo zero a pior situação e 1 a melhor. As variáveis dicotômicas ficaram com valores 0 ou 1 e as não dicotômicas com valores 0 - 0,5 - 1. As variáveis consideradas de maior peso na avaliação (M7, M12, M22, M25, M26, M32, M33, M39, M46, M49, M52, M53, M55, M56, M60, M62, M64, M65, M66, M67, M71, M74, M75, M79, M102) foram escolhidas por terem relação direta com a Saúde Mental e dessa forma receberam peso 2.

O cálculo dos indicadores foi feito através da soma dos valores das medidas. Dependendo da quantidade de medidas o valor do indicador variou de 0 a 15.

O parâmetro dos indicadores foi estabelecido pela somatória dos valores das medidas correspondentes, dividida em três partes iguais, permitindo identificar o ponto de corte para os juízos de valor: Satisfatório, Regular ou Insatisfatório.

À terça parte com valor mais próximo de zero foi atribuída classificação Insatisfatória, à terça parte com valor intermediário foi conferida classificação Regular, e à terça parte com valor mais próximo ao valor máximo atribuiu-se classificação Satisfatória.

Em caso de resultados decimais, a melhor situação foi assumida. No caso dos valores que tinham como opção 0 ou 1, atribuiu-se resultado Insatisfatório quando o valor alcançado pela medida fosse zero e resultado Satisfatório quando fosse 1.

No Quadro 11 estão sistematizados os parâmetros e juízos de valor dos indicadores.

Quadro 11 - Parâmetro e juízo de valor dos indicadores

Indicadores	Valor máximo da soma das medidas	Parâmetro e juízo de valor das medidas
I20, I27	1	0 = Insatisfatório 1 = Satisfatório
I1, I5, I9, I12, I22, I23, I25, I28	2	$\leq 0,5$ = Insatisfatório 1 = Regular >1 = Satisfatório
I2, I6, I18, I19	3	≤ 1 = Insatisfatório 1,5 a 2 = Regular >2 = Satisfatório
I17, I24	4	≤ 1 = Insatisfatório 1,5 a 2,5 = Regular >2,5 = Satisfatório
I4, I13, I26	5	≤ 1 = Insatisfatório 2 a 3 = Regular >3 = Satisfatório
I11, I21	6	< 2 = Insatisfatório 2 a 3 = Regular >3 = Satisfatório
I7, I14	7	≤ 2 = Insatisfatório 3 a 4 = Regular >4 = Satisfatório
I10, I15	8	≤ 2 = Insatisfatório 2,5 a 5 = Regular >5 = Satisfatório
I8	10	≤ 3 = Insatisfatório 4 a 6 = Regular >6 = Satisfatório
I3	11	≤ 3 = Insatisfatório 4 a 6 = Regular >6 = Satisfatório
I16	15	≤ 5 = Insatisfatório 6 a 10 = Regular >10 = Satisfatório

Fonte: elaborado pelo autor.

Após a classificação dos indicadores, foi realizado a conversão dos juízos de valor dos indicadores em escore, atribuído 0 para Insatisfatório, 0,5 para Regular e 1 para Satisfatório.

Os indicadores considerados com maior relação a atenção a Saúde Mental (I3, I4, I6, I7, I11, I15, I16, I17, I19, I26) receberam o dobro do seu valor.

5.2.7.2 PARÂMETRO E JUÍZO DE VALOR DAS SUBDIMENSÕES

O valor de cada subdimensão correspondeu à soma do valor dos indicadores convertidos, que dependendo da quantidade pôde variar de 0 a 11.

O cálculo para o parâmetro e juízo de valor das subdimensões obedeceu ao mesmo processo dos indicadores, isto é, o valor máximo (dos escores convertidos dos indicadores) dividido em três partes iguais, ao fim atribuído o juízo de valor a cada parte. Exemplo: *subdimensão X = 11,5 (total do escore alcançado nos indicadores) ÷ 3 (escala de classificação) = 3,8. Ficando estabelecido para esse exemplo o juízo de valor: ≤3,5 Insatisfatório; 4 a 7,5 Regular; ≥8 Satisfatório.*

A partir dos juízos de valor, as subdimensões foram novamente convertidas em escores (0 = Insatisfatório; 0,5 = Regular; 1 = Satisfatório). No Quadro 12 está a representação das subdimensões.

Quadro 12 - Parâmetro e juízo de valor das subdimensões

Subdimensão	Soma dos indicadores	Valor máximo da soma dos indicadores	Parâmetros e juízo de valor
1.1 Processo de trabalho da eAB/eSF	\sum I1-I8	11,5	≤3,5 = Insatisfatório 4 a 7,5 = Regular ≥8 = Satisfatório
1.2 Processo de trabalho do Nasf-AB	\sum I9-I12	5	≤1,5 = Insatisfatório 2 a 3 = Regular ≥3,5 = Satisfatório
2. Ações para o cuidado em Saúde Mental	\sum I13-I16	6	≤2 = Insatisfatório 2,5 a 4 = Regular ≥4,5 = Satisfatório
3.1 Recursos humanos	\sum I17+I18	3	≤1 = Insatisfatório 1,5 a 2 = Regular ≥2,5 = Satisfatório
3.2 Estrutura física	\sum I19-I21	4	≤1,5 = Insatisfatório 2 a 2,5 = Regular ≥3 = Satisfatório
4. Acesso e oferta de serviço na Atenção Básica	\sum I22-I28	8	≤2,5 = Insatisfatório 3 a 5 = Regular ≥5,5 = Satisfatório

Fonte: elaborado pelo autor.

5.2.7.3 PARÂMETRO E JUÍZO DE VALOR DAS DIMENSÕES

A definição dos parâmetros e juízo de valor das dimensões seguiu o mesmo processo de cálculo daquela utilizada para as subdimensões.

Os valores (convertidos em escore das subdimensões) variaram de 0 a 2 e foram novamente divididos em três partes iguais, conforme apresentado no Quadro 13.

Quadro 13 - Parâmetro e juízo de valor das dimensões

Dimensão	Soma das Subdimensões	Valor máximo da soma das subdimensões	Escore
1. Processo de trabalho	Σ Processo de trabalho da eAB/eSF + Processo de trabalho do Nasf-AB	2	$\leq 0,5$ = Insatisfatório 1 a 1,5 = Regular 2 = Satisfatório
2. Ações para o cuidado em Saúde Mental	Não apresenta subdimensões	-	0 = Insatisfatório 0,5 = Regular 1 = Satisfatório
3. Estrutura	Σ Recursos Humanos + estrutura física	2	$\leq 0,5$ = Insatisfatório 1 a 1,5 = Regular 2 = Satisfatório
4. Acesso e oferta de serviço na Atenção Básica	Não apresenta subdimensões	-	0 = Insatisfatório 0,5 = Regular 1 = Satisfatório

Fonte: elaborado pelo autor.

Como as dimensões 2 e 4 não possuem subdimensões, o juízo de valor assumido foi o mesmo da subdimensão. A partir dos juízos de valor, as dimensões foram convertidas em escores 0 – 0,5 – 1.

5.2.7.4 AGREGAÇÃO FINAL DA MATRIZ AVALIATIVA

O parâmetro e juízo de valor da agregação final da Matriz Avaliativa obedeceu ao mesmo processo das etapas anteriores, considerando o resultado da soma dos escores devidos em três partes iguais. O valor final dos escores variou entre 0 a 4, conforme apresentado no Quadro 14.

Quadro 14 - Escore e juízo final da agregação geral da Matriz Avaliativa

Soma dos escores	Juízo de valor	Escore convertido
≥ 3	Satisfatório	1
Entre 2 e 2,5	Regular	0,5
$\leq 1,5$	Insatisfatório	0

Fonte: elaborado pelo autor.

Por fim, através da padronização dos escores (0 – 0,5 – 1) foi possível classificar cada um dos componentes da Matriz Avaliativa (indicadores, subdimensões e dimensões) em três possibilidades de juízo de valor (Satisfatório, Regular e Insatisfatório).

5.3 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO

Esta pesquisa utilizou base de dados de fontes secundárias, de acesso públicos, portanto, não foi necessário o envio para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para aprovação.

Esta pesquisa foi subsidiada com o apoio do programa de bolsas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os custos da pesquisa foram de responsabilidade do próprio pesquisador.

6 RESULTADOS

De acordo com as normas do PPGSC da UFSC, para a obtenção do certificado do título de Mestre é necessária a submissão dos resultados no formato de artigo científico em uma revista da área de estudo.

Embora este trabalho permita múltiplas formas de análise e sistematização dos resultados, por questão da temporalidade do percurso do mestrado, optou-se pelo desenvolvimento de apenas um artigo científico, que aborda uma das possibilidades de análise.

A partir da aplicação da Matriz Avaliativa desenvolvida nesse estudo, o objetivo do artigo desenvolvido foi avaliar a atenção a Saúde Mental na Atenção Básica em diferentes portes populacionais nos municípios brasileiros.

A escolha por apresentar os resultados nessa modalidade foi motivada pela carência de estudos na área de Saúde Mental na Atenção Básica em portes diferentes populacionais. Foram encontrados poucos estudos em municípios de pequeno e grande portes, porém não com o enfoque aqui proposto, sendo que a maioria foi realizada há mais de cinco anos.

O artigo proposto será submetido para a revista Cadernos de Saúde Pública (CSP).

6.1 ARTIGO 1 – AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: construção de um instrumento avaliativo e sua aplicação em portes populacionais de municípios brasileiros

RESUMO

A Atenção Básica (AB) se configura como um dos pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por ser a principal porta de entrada com fácil acesso, desempenha o papel da coordenação do cuidado integral e longitudinal dos usuários. O presente estudo teve como objetivo avaliar a atenção a Saúde Mental (SM) na AB em portes populacionais do Brasil. Foi desenvolvida uma Matriz Avaliativa a partir de variáveis relativas a SM do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Como fonte de dados foram utilizados os microdados provenientes do 2º Ciclo PMAQ-AB. O universo da pesquisa contou com 4.625 municípios brasileiros distribuídos em 5 categoria de portes municipais. Foram incluídas na análise variáveis sobre a presença de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nível de cobertura da AB. O juízo de valor Regular teve mais destaque entre os portes. Houve maior quantidade de municípios Insatisfatórios do que Satisfatórios. O porte com melhor percentual com relação ao resultado Satisfatório foi o P5, seguido do P4, P1, P3 e P2. Os portes municipais apresentaram potencialidades e fragilidades diferentes. Municípios com nível de cobertura da AB adequado, presença de estrutura RAPS foram mais Satisfatórios. Para efetivar a integralidade do cuidado na AB é necessário que haja uma visão ampliada do conceito de saúde. O trabalho em SM deve ser realizado no território e no cotidiano onde as equipes de saúde atuam.

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

ABSTRACT

Primary Care (AB) is configured as one of the strategic points of the Psychosocial Care Network (RAPS) as it is the main gateway with easy access, playing the role of coordinating the comprehensive and longitudinal care of users. The present study aimed to evaluate the attention to Mental Health (MH) in AB in population sizes in Brazil. An Evaluation Matrix was developed from variables related to MW from the 2nd Cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). As data source, microdata from the 2nd PMAQ-AB Cycle were used. The research universe had 4,625 Brazilian municipalities distributed in 5 categories of municipal sizes. Variables on the presence of teams from the Expanded Center for Family Health and Primary Care (Nasf-AB), the Psychosocial Care Centers (CAPS) and the level of coverage of the AB were included in the analysis. The Regular value judgment was more prominent among the sizes. There was a greater number of Unsatisfactory than Satisfactory municipalities. The size with the best percentage in relation to the Satisfactory result was P5, followed by P4, P1, P3 and P2. The municipal sizes presented different strengths and weaknesses. Municipalities with adequate AB coverage level, presence of RAPS structure were more satisfactory. In order to carry out comprehensive care in AB, it is necessary to have a broader view of the concept of health. Work in MH must be carried out in the territory and in the daily life where health teams work.

Keywords: Primary Health Care; Mental health; Health Assessment.

INTRODUÇÃO

A SM no Brasil passou por significativas transformações no modelo assistencial e jurídico nos últimos 30 anos motivada pela Reforma Psiquiátrica ¹. Dentre os dispositivos criados, destaca-se a Lei 10.216/01 ², que trata dos direitos e da proteção das pessoas com transtornos mentais (TM), Portaria 3.088/11 que institui a RAPS com serviços destinados as pessoas com TM, no trabalho em rede, no cuidado territorial e comunitário, respeitando os direitos humanos, substituindo a lógica manicomial ³.

Sendo a ordenadora do cuidado e a principal porta de entrada para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a AB se configura como um dos serviços estratégicos da RAPS. É orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e tem a Estratégia de Saúde da Família com as equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de AB (eAB) como forma prioritária de atenção à saúde e modelo à reorganização da AB no país BRASIL, 2017 ⁴.

A AB possui alto grau de descentralização e capilaridade e tem como atributos essenciais o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação do cuidado, compartilhando informações dos usuários com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ⁵.

Em um país como o Brasil, com uma grande quantidade de municípios de pequeno porte, a AB assume um papel ainda mais significativo na RAPS, uma vez que esses municípios não contam com os serviços especializados em SM, isto é, os CAPS, pois sua implantação é realizada em municípios com população superior a 20 mil habitantes, tornando a AB o serviço exclusivo para o acesso às ações de SM, com dever de sempre estar articulada com os demais serviços da rede ⁶.

O aumento significativo de TM é visto como problema mundial de saúde pública. Em torno de 30% dos adultos possuem algum diagnóstico de TM, e cerca de 80% desses vivem em países de baixa e média renda ⁷.

O Brasil apresenta taxas de prevalência de ansiedade superior à média global, o que tem causado incapacitação de trabalhadores e elevados custos para o país ⁸.

Em torno de 3% da população sofre de TM graves e persistentes e 9% de problemas mentais leves ⁹. Em crianças, a prevalência está entre 10,8% e 12,7%. Em adolescentes os números chegam a 30% ¹⁰.

Apesar da crescente procura por serviços de SM, a RAPS sofre com as mudanças de retrocesso no modelo assistencial que vinha até então sendo construído. Desde 2016 o governo federal passou a realizar diversas alterações nos documentos ministeriais da AB e das políticas de SM. As mais expressivas foram: aprovação da Emenda Constitucional nº 95/16 (congelamento dos gastos com saúde e educação por 20 anos); mudanças na PNAB, com destaque para a não obrigatoriedade do Agente Comunitário de Saúde; mudança no financiamento da AB e exclusão do repasse específico dos Nasf-AB; aumento no financiamento dos hospitais psiquiátricos; redução do cadastramento e implantação dos CAPS ^{11, 12}.

Nesse cenário, torna-se imprescindível a utilização da avaliação dos serviços para que a tomada de decisão seja mais qualificada, orientada por critérios cientificamente validados, e para que haja melhoria nos serviços ofertados ¹³.

A avaliação é prevista nas atribuições comuns dos entes federativos desde a Lei Orgânica do SUS ¹⁴, e encontra-se dentre os objetivos específicos da Portaria da RAPS ³.

Este artigo traz os resultados de um estudo que objetivou avaliar a atenção à SM na AB, discute os resultados em relação aos diferentes portes populacionais dos municípios brasileiros.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo normativo ¹³ de caráter quantitativo sobre a atenção à SM na AB, utilizou dados secundários, de acesso público, do 2º Ciclo do PMAQ-AB, disponíveis no sistema eletrônico do Departamento de Atenção Básica ¹⁵.

A Matriz Avaliativa elaborada para este estudo teve como base os documentos ministeriais e as variáveis dos módulos I (infraestrutura, materiais e insumos) e módulo II (processo de trabalho) do 2º Ciclo do PMAQ-AB ¹⁶.

Os bancos de dados utilizados contam com 1.241 variáveis, 555 pertencentes ao módulo I e 686 ao módulo II, das quais foram selecionadas 116 variáveis que possuíam algum tipo de relação com SM na AB, 22 derivadas do módulo I e 94 do módulo II.

As variáveis escolhidas serviram como medidas para os indicadores da Matriz Avaliativa. Cada indicador foi composto por uma ou mais medidas.

O instrumento foi validado em fevereiro de 2020 através da oficina de consenso no por meio da Técnica Painel de Especialista. O grupo contou com a presença de dois docentes e

dois discentes experts em avaliação, saúde mental e AB. O instrumento necessitou de ajustes para sua aprovação. Os pontos abordados foram considerados e reformulados.

O produto da Matriz Avaliativa conta com 28 indicadores (I), 6 subdimensões (S), 4 dimensões (D), conforme o Quadro 15. Para cada medida (M) foi estabelecido o parâmetro e o peso a ser considerado na avaliação, representado pelo escore atribuído a partir do juízo de valor.

Quadro 15 - Matriz avaliativa da atenção à Saúde Mental na Atenção Básica.

D1 - DIMENSÃO – PROCESSO DE TRABALHO		
<i>S1 – SUBDIMENSÃO – PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA</i>		
INDICADOR	Medida	PARÂMETRO - PESO
I1 - Planejamento do processo de trabalho	M1 - Periodicidade das atividades de planejamento e programação das ações	≤30 dias = 1 >30 dias = 0
	M2 - Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	Sim = 1 / Não = 0
I2 - Apoio da gestão para as eAB/eSF	M3 - Apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho	Sim = 1 / Não = 0
	M4 - Informações disponibilizadas pela gestão para o auxílio na análise de situação de saúde	Sim = 1 / Não = 0
	M5 - Apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação	Sim = 1 / Não = 0
I3 - Práticas Integrativas e Complementares (PIC)	M6 - Articulação à cuidadores (parteiras, benzedeiras, remedeiras, pajés e rezadeiras)	Sim = 1 / Não = 0
	M7 - Oferta de serviço de PIC para os usuários do território	Sim = 2 / Não = 0
	M8-M11: Realização de Acupuntura; Auriculopuntura; Reiki; Naturologia	Sim = 1 / Não = 0
	M12 - Realização de Terapia Comunitária	Sim = 2 / Não = 0
	M13 - A gestão oferece atividade/curso de educação permanente em PICs para a eAB/eSF	Sim = 1 / Não = 0
I4 – Acolhimento	M14 - A eAB/eSF incentiva e desenvolve: Práticas corporais	Sim = 1 / Não = 0
	M15 - A eAB/eSF realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários	Sim = 1 / Não = 0
	M16 - As eAB/eSF foram capacitadas para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade	Sim = 1 / Não = 0
	M17 - Tempo de espera para a primeira escuta/acolhimento	≤30min = 1 / >30min = 0
	M18 - Turnos nos quais é realizado o acolhimento	≥ a 2 turno = 1 Demais situações = 0
I5 - Responsabilização	M19 - Número de dias da semana em que acontece o acolhimento	≥ 5 dias por semana = 1 Demais situações = 0
	M20 - Nos encontros das eAB/eSF e Nasf-AB acontece gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas	Sim = 1 / Não = 0
I6 - Demanda espontânea	M21 - As eAB/eSF obtêm retorno da avaliação realizada pelos os especialistas da rede	Sempre = 1 Maioria das vezes = 0,5 Demais situações = 0
	M22 - Existência de reserva de vagas para consultas de demanda espontânea	Sim = 2 / Não = 0
I7 – Apoio matricial	M23 - Existência de serviço para remoção do usuário	Sim = 1 / Não = 0
	M24 - A eAB/eSF recebe apoio de outros profissionais para casos considerados complexos	Sim = 1 / Não = 0
	M25-26: A eAB/eSF recebe apoio matricial do NASF-AB; do CAPS	Sim = 2 / Não = 0
	M27 - A eAB/eSF recebe apoio matricial de especialistas da rede	Sim = 1 / Não = 0
I8 - Ações da eAB/eSF	M28 - A eAB/eSF recebe apoio de profissionais de outra modalidade de apoio matricial	Sim = 1 / Não = 0
	M29-31: Agenda dos profissionais com previsão de visita domiciliar; de ações de educação em saúde; de ações para atividade comunitária	Sim = 1 / Não = 0
	M32 - Agenda dos profissionais com previsão de ações de cuidado continuado	Sim = 2 / Não = 0

	M33 - A eAB/eSF incentiva e desenvolve a Atividade física no território	Sim = 2 / Não = 0
	M34 - A eAB/eSF realiza ações de capacitação para trabalhar com educação para a saúde	Sim = 1 / Não = 0
	M35 - A eAB/eSF realiza debate com os professores da escola	Sim = 1 / Não = 0
	M36 - A eAB/eSF oferta de algum tipo de atendimento em grupo no território	Sim = 1 / Não = 0
S2 - SUBDIMENSÃO - PROCESSO DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA		
I9 - Apoio em situação imprevista	M37- Critérios e definições entre a eAB/eSF e o Nasf-AB para situações imprevistas	Sim = 1 / Não = 0
	M38 - Em situações imprevistas, a eAB/eSF consegue fazer contato com o Nasf-AB	Sim = 1 / Não = 0
I10 - Planejamento compartilhado do processo de trabalho do Nasf-AB com a eAB/eSF	M39 - Realização de encontros/atividades entre profissionais do Nasf-AB com a eAB/eSF	Sim = 2 / Não = 0
	M40 - Periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do Nasf-AB com a eAB/eSF	≤15 dias = 1 Demais situações = 0
	M41 - Existência de critérios em relação aos atendimentos realizados pelo Nasf-AB	Sim = 1 / Não = 0
	M42 - Planejamento e avaliação de ações nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB	Sim = 1 / Não = 0
	M43 - Apoio à organização do processo de trabalho da equipe eAB/eSF e Nasf-AB	Sim = 1 / Não = 0
	M44 - O Nasf-AB organiza a demanda para atendimentos	Sim = 1 / Não = 0
	M45 - Existência de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional do Nasf-AB	Sim = 1 / Não = 0
I11 - Ações compartilhadas (eAB/eSF + Nasf-AB)	M46 - Existência de grupos terapêuticos ou de educação em saúde	Sim = 2 / Não = 0
	M47 - Realização de visitas domiciliares	Sim = 1 / Não = 0
	M48 - Realização de intervenções na comunidade	Sim = 1 / Não = 0
	M49 - Discussão de casos e construção de planos terapêuticos	Sim = 2 / Não = 0
I12 - Realização de consultas	M50 - Realização de consultas compartilhadas	Sim = 1 / Não = 0
	M51 - Realização de consultas individuais pelo Nasf-AB nos encontros com a eAB/eSF	Sim = 1 / Não = 0
D2 - DIMENSÃO - AÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL		
S3 - SUBDIMENSÃO - AÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL		
I13 - Protocolos de Saúde Mental na AB	M52 - A eAB/eSF possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para problemas relacionados à SM/sofrimento psíquico	Sim = 2 / Não = 0
	M53 - A eAB/eSF utiliza protocolos para estratificação de risco para saúde mental	Sim = 2 / Não = 0
	M54 - A eAB/eSF utiliza protocolos para estratificação de risco para álcool e drogas	Sim = 1 / Não = 0
I14 - Registro das demandas de Saúde Mental pelas eAB/eSF	M55 - A eAB/eSF possui algum registro da história de vida para os casos de saúde mental	Sim = 2 / Não = 0
	M56 - eAB/eSF possui registro e nº de usuários com problemas psíquicos graves	Sim = 2 / Não = 0
	M57 - A eAB/eSF possui registro de usuários de crack, álcool e outras drogas	Sim = 1 / Não = 0
	M58 - A eAB/eSF possui registro dos usuários em uso crônico de psicofármacos	Sim = 1 / Não = 0
	M59 - A eAB/eSF mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para a RAPS	Sim = 1 / Não = 0
I15 - Planejamento para as demandas de Saúde Mental	M60 - A eAB/eSF programa oferta de consultas para transtorno mental	Sim = 2 / Não = 0
	M61 - A agenda da eAB/eSF está de acordo com o risco classificado para transtorno mental	Sim = 1 / Não = 0
	M62 - Forma de agendamento das consultas para pessoas em sofrimento psíquico	Pa62
	M63 - Tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde	Atendido no dia = 1 3 a 15 dias = 0,5 > 15 dias = 0
	M64 - A eAB/eSF utiliza consulta específica com tempo maior para os casos de saúde mental	Sim = 2 / Não = 0
I16 - Ações de Saúde Mental	M65 - A eAB/eSF atende pessoas em sofrimento psíquico	Sim = 2 / Não = 0
	M66 - A eAB/eSF realiza ações para usuários de crack, álcool e outras drogas	Sim = 2 / Não = 0
	M67 - A eAB/eSF oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: sofrimento psíquico ou promoção de SM no território	Sim = 2 / Não = 0

	M68 - A eAB/eSF oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas	Sim = 1 / Não = 0
	M69 - A eAB/eSF oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	Sim = 1 / Não = 0
	M70 - A eAB/eSF oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos	Sim = 1 / Não = 0
	M71 - O Nasf-AB desenvolve atividades de saúde mental com a eAB/eSF	Sim = 2 / Não = 0
	M72 - A eAB/eSF realiza ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas	Sim = 1 / Não = 0
	M73 - A eAB/eSF realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de medicamentos para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado	Sim = 1 / Não = 0
	M74 - A eAB/eSF realiza atendimento com profissionais de saúde mental (Nasf-AB ou outros)	Sim = 2 / Não = 0
D3 - DIMENSÃO - ESTRUTURA		
<i>S4 - SUBDIMENSÃO – RECURSOS HUMANOS</i>		
I17 - Qualificação das eAB/eSF para as demandas de Saúde Mental	M75 - A eAB/eSF teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	Sim = 2 / Não = 0
	M76 - A eAB/eSF participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal: a) Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão; b) Cursos presenciais; c) Telessaúde; d) RUTE – Rede Universitária de Telemedicina; e) UNASUS; f) Curso de Educação à Distância; g) Troca de experiência; h) Tutoria/preceptorial; i) A UBS como espaço de formação de ensino aprendizagem.	≥6 = 1 Entre 4 e 5 = 0,5 ≤3 = 0
	M77 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece ações de educação permanente	Sim = 1 / Não = 0
I18 - Apoio especializado	M78 - Existência de farmacêutico atuando na eAB/eSF	Sim = 1 / Não = 0
	M79 - Existência de psicólogo atuando na eAB/eSF	Sim = 2 / Não = 0
<i>S5 - SUBDIMENSÃO – ESTRUTURA FÍSICA</i>		
I19 - Estrutura para acolhimento	M80 - Existência de sala de acolhimento multiprofissional	Sim = 1 / Não = 0
	M81 - Local onde é realizado o acolhimento	Sala específica = 1 Consultório = 0,5 Demais situações = 0
	M82 - O ambiente de acolhimento é compartilhado com outro	Não = 1 / Sim = 0
I20 - Sala de atividade coletiva	M83 - Existência de sala de atividades coletivas	Sim = 1 / Não = 0
I21 - Estrutura da farmácia	M84-87 – Existência na UBS de: área de dispensação de medicamentos; área de fracionamento de medicamentos; sala de seguimento farmacoterapêutico; sala de estocagem de medicamentos	Sim = 1 / Não = 0
	M88 - Medicamentos armazenados e acondicionados adequadamente	Sim = 1 / Não = 0
	M89 - Dispensação de medicamentos controlados de forma descentralizada	Sim = 1 / Não = 0
D4 - DIMENSÃO - ACESSO E OFERTA DE SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA		
<i>S6 - ACESSO E OFERTA DE SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA</i>		
I22 - Acesso ao Nasf-AB	M90 - Número médio de dias que o Nasf-AB demora para atender uma solicitação de apoio	≤7 dias = 1 8 a 15 dias = 0,5 Demais situações = ruim
	M91 - Adequação do tempo que o Nasf-AB leva para atender as solicitações de apoio da eAB/eSF	Sempre adequado = 1 Maioria das vezes = 0,5 Demais situações = 0
I23 - Divulgação das ações e serviços	M92 - Divulgação para os usuários o horário de funcionamento da UBS	Sim = 1 / Não = 0
	M93 - Divulgação para os usuários da listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe	Sim = 1 / Não = 0
I24 - Turno de atendimento	M94 - Turnos de atendimento da UBS	≥2 turnos = 1 ≤2 turnos = 0
	M95 - Número de dias de funcionamento da UBS na semana (exceto em campanhas e mutirões)	≥5 dias da semana = 1 ≤5 dias da semana = 0
	M96 - Funcionamento da UBS no horário do almoço (12h às 14h)	Sim = 1 / Não = 0

	M97 - Existência de horário fixo de funcionamento da UBS	Sim = 1 / Não = 0
I25 - Acesso a especialistas	M98 - Tempo de espera do usuário quando encaminhado para especialista psiquiatra ou para exames	≤ a 90 dias = 1 91 a 180 dias = 0,5 Demais situações = 0
	M99 - Quando um usuário é atendido na UBS e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?	Pa99
I26 - Acesso ao serviço da AB	M100 - Existência de consultas médicas disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento UBS	Sim = 1 / Não = 0
	M101 - Existência de consultas de enfermagem disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da UBS	Sim = 1 / Não = 0
	M102 - Realização de acolhimento aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da UBS	Sim = 2 / Não = 0
	M103 - Dispensação de medicamentos pela farmácia disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde	Sim = 1 / Não = 0
I27 - Acesso ao profissional da AB	M104 - Existência de 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	Sim = 1 / Não = 0
I28 - Agendamento aos usuários	M105 - Forma de agendamento dos usuários	Hora marcada = 1 Bloco de horas = 0,5 Demais situações = 0
	M106 - Disponibilidade de agendamento das consultas na UBS	Pa106

Pa62: Qualquer dia da semana, qualquer horário = 2; Qualquer dia da semana, horários específicos = 1; Demais situações = 0

Pa99: Consulta é marcada na UBS e informada na hora = 1; Marcada na UBS e posteriormente informada ao usuário/ marcada por uma central de marcação de consulta especializada/ usuário recebe ficha de encaminhamento e é encaminhado a um serviço indicado pela equipe = 0,5; Demais situações = 0

Pa106: Em qualquer dia da semana, em qualquer horário = 1; Em qualquer dia da semana, em horários específicos = 0,5; Demais situações = 0

Fonte: elaborado pelo autor

A aplicação da Matriz Avaliativa teve como unidade de análise os municípios brasileiros, que totalizou 5.595 segundo levantamento obtido no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁷, pelo Departamento de Informática do SUS teve como referência o ano de 2012.

Foi definido como critério de inclusão: a participação de municípios com mais de 50% de suas eAB/eSF no 2º Ciclo do PMAQ-AB. Dessa forma, 169 municípios não participaram do 2º Ciclo do PMAQ-AB, 58 municípios participantes não constavam na lista de cadastro do CNES, não foi possível identificar a representatividade das equipes, e 743 não apresentaram representatividade de equipes de saúde superior a 50% na avaliação do PMAQ.

Com base nisso, foram excluídos 970 municípios, restou para o universo da pesquisa 4.625 municípios.

Para a coleta dos dados foram utilizados os microdados do 2º Ciclo do PMAQ -AB¹⁵. Os dados foram tratados e analisados no programa Microsoft Office Excel 2016.

Os municípios foram organizados nas linhas com identificação pelo código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e as medidas dos indicadores nas colunas.

Com a ferramenta “Tabela Dinâmica” do Excel, foi feita uma tabela de frequência de cada medida por município. Foi considerada a resposta com maior frequência. Em casos de empate, assumiu-se a melhor situação a fim de não prejudicar o desempenho do município.

Para cada medida foi emitido juízo de valor Satisfatório (escore 1), Regular (escore 0,5) ou Insatisfatório (escore 0), e aquelas mais diretamente relacionadas com a SM tiveram peso 2 em relação às demais.

Para emissão do juízo de valor dos indicadores, foi realizada a soma dos escores das respectivas medidas; para o juízo de valor das subdimensões, a soma dos escores dos indicadores; para o juízo de valor das dimensões, a soma dos escores das subdimensões.

O valor máximo que poderia ser obtido no indicador, subdimensão ou dimensão, foi dividido por três, assim estabeleceu o ponto de corte para o intervalo de valores a ser considerado Satisfatório, Regular ou Insatisfatório.

Após a aplicação do juízo de valor, os municípios foram divididos em portes populacionais, definidos a partir da relação ideal de uma equipe de AB para até 4 mil pessoas. O agrupamento de municípios conforme suas semelhanças é uma etapa importante para a definição e avaliação de políticas públicas ¹⁸.

Desse modo, foram estabelecidos 5 portes: P1) municípios com ≤ 12.000 habitantes (até 3 equipes); P2) 12.001 a 56.000 (de 4 a 14 equipes); P3) 56.001 a 100.000 (de 15 a 25 equipes); P4) 100.001 a 500.000 (de 26 a 125 equipes); P5) mais de 500.000 (mais que 125 equipes).

Foram incluídas para a análise outras variáveis como a presença das equipes do Nasf-AB, existência de CAPS no município e cobertura da AB ¹⁹. Para este estudo considerou-se uma “cobertura adequada” aqueles municípios com valores iguais ou superiores a 86,9%, que equivale à média da cobertura de AB nos municípios brasileiros no ano de 2012. Valores abaixo da média foram classificados como “cobertura inadequada”.

Essas variáveis passaram por análise de nível de significância P-valor ²⁰. Para a realização dos cálculos estatísticos foi utilizado o *software OpenEpi*® versão 3.01 ²¹.

O presente estudo fez a utilização de dados secundários de acesso público, dispensando aprovação do comitê de ética.

RESULTADOS

Os resultados da avaliação são apresentados em 4 tabelas: as três primeiras com o percentual de municípios satisfatórios por porte populacional em relação às dimensões e subdimensões (Tabela 1), indicadores (Tabela 2) e medidas selecionadas (Tabela 3); a quarta tabela contém a associação dos resultados com o porte populacional, macrorregião brasileira, cobertura de AB, e presença de Nasf-AB e/ou CAPS no município (Tabela 4).

Tabela 1 - Número (n) e percentual (%) de municípios com juízo de valor Satisfatório nas dimensões e subdimensões da Matriz Avaliativa, segundo porte populacional. Brasil, 2012.

Dimensão (D) / Subdimensão (S)	P1 n (%)	P2 n (%)	P3 n (%)	P4 n (%)	P5 n (%)	TOTAL n (%)
D1 - PROCESSO DE TRABALHO	668 (27,8)	677 (38,5)	108 (49,1)	87 (41,0)	13 (39,4)	1553 (33,6)
S1 - Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica	1235 (51,4)	937 (53,3)	146 (66,4)	150 (70,8)	21 (63,6)	2489 (53,8)
S2 – Processo de trabalho das equipes Nasf-AB	644 (26,8)	639 (36,3)	103 (46,8)	82 (38,7)	12 (36,4)	1480 (32,0)
D2 – AÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	921 (38,3)	543 (30,9)	69 (31,4)	72 (34,0)	10 (30,3)	1615 (34,9)
D3 – ESTRUTURA	313 (13,3)	51 (2,9)	4 (1,8)	21 (9,9)	9 (27,3)	398 (8,6)
S3 – Recursos humanos	176 (7,3)	49 (2,8)	10 (4,5)	21 (9,9)	4 (12,1)	260 (5,6)
S4 – Estrutura física	639 (26,6)	171 (9,7)	11 (5,0)	37 (17,5)	10 (30,3)	868 (18,8)
D4 – ACESSO E OFERTA DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA	1989 (82,8)	1488 (84,6)	197 (89,5)	172 (81,1)	30 (90,9)	3876 (83,8)

P1= Até 12.000 habitantes; P2= 12.001 a 56.000; P3= 56.001 a 100.000; P4= 100.001 a 500.000; P5= Mais de 500.000

Fonte: elaborado pelos autores

Dentre as dimensões da Matriz Avaliativa, a que teve melhor desempenho dos municípios foi a D4 - acesso e oferta de serviços na AB, com cerca de 83,8% do total dos municípios satisfatórios, e das subdimensões destacou-se a S1 - processo de trabalho das equipes de AB, com um pouco mais da metade dos municípios Satisfatórios (53,8%).

Os destaques negativos ficaram para a dimensão de estrutura (D3), com 8,6% dos municípios Satisfatório, e suas subdimensão recursos humanos (S3) com 5,6% e estrutura física (S4) com 18,8% na mesma condição.

Embora a dimensão de processo de trabalho (D1) tenha ficado com 33,6% dos municípios Satisfatório, chamou a atenção os percentuais do total nas duas subdimensões que

a compõem: 53,8% no processo de trabalho das equipes de AB (S1) e apenas 32% no processo de trabalho do Nasf-AB.

A dimensão de ações para o cuidado em Saúde Mental (D2) ficou com percentuais semelhantes nos portes, variou entre 30,9 a 38,3%.

Na Tabela 2 é possível verificar os indicadores com melhor e piores desempenhos da avaliação.

Tabela 2 - Tabela 2 - Número (n) e percentual (%) de municípios com juízo de valor Satisfatório nos 28 indicadores da Matriz Avaliativa, segundo porte populacional. Brasil, 2012.

INDICADORES	P1	P2	P3	P4	P5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
I1 - Planejamento do processo de trabalho	2023 (84,2)	1577 (89,7)	202 (91,8)	192 (90,6)	31 (93,9)
I2 - Apoio da gestão	2050 (85,3)	1518 (86,3)	198 (90,0)	173 (81,6)	29 (87,9)
I3 - Práticas Integrativas e Complementares	25 (1,0)	2 (0,1)	-	-	-
I4 - Acolhimento	2179 (90,7)	1633 (92,9)	216 (98,2)	208 (98,1)	33 (100,0)
I5 - Responsabilização	245 (10,2)	131 (7,5)	8 (3,6)	12 (5,7)	-
I6 - Demanda espontânea	2096 (87,3)	1586 (90,2)	204 (92,7)	200 (94,3)	23 (69,7)
I7 - Apoio matricial	463 (19,3)	357 (20,3)	56 (25,5)	77 (36,3)	8 (24,2)
I8 - Ações da eAB/eSF	1533 (63,8)	1008 (57,3)	134 (60,9)	135 (63,7)	22 (66,7)
I9 - Apoio em situação imprevista	597 (24,9)	647 (36,8)	108 (49,1)	80 (37,7)	10 (30,3)
I10 - Planejamento compartilhado do processo de trabalho do Nasf-AB com a eAB/eSF	604 (25,1)	604 (34,4)	104 (47,3)	77 (36,3)	11 (33,3)
I11 - Ações compartilhadas	648 (27,0)	639 (36,3)	106 (48,2)	82 (38,7)	11 (33,3)
I12 - Realização de consultas	513 (21,4)	497 (28,3)	78 (35,5)	72 (34,0)	12 (36,4)
I13 - Protocolos de Saúde Mental	855 (35,6)	568 (32,3)	80 (36,4)	96 (45,3)	11 (33,3)
I14 - Registro das demandas de Saúde Mental	1422 (59,2)	846 (48,1)	106 (48,2)	117 (55,2)	15 (45,5)
I15 - Planejamento para as demandas de Saúde Mental	1248 (52,0)	719 (40,9)	92 (41,8)	90 (42,5)	14 (42,4)
I16 - Ações de Saúde Mental	675 (28,1)	377 (21,4)	41 (18,6)	41 (19,3)	4 (12,1)
I17 - Qualificação das eAB/eSF	429 (17,9)	293 (16,7)	47 (21,4)	60 (28,3)	9 (27,3)
I18 - Apoio especializado	583 (24,3)	60 (3,4)	6 (2,7)	17 (8,0)	5 (15,2)
I19 - Estrutura para acolhimento	509 (21,2)	185 (10,5)	14 (6,4)	33 (15,6)	7 (21,2)
I20 - Sala de atividade Coletiva	1238 (51,5)	663 (37,7)	94 (42,7)	103 (48,6)	21 (63,6)
I21 - Estrutura da farmácia	866 (36,1)	178 (10,1)	13 (5,9)	26 (12,3)	9 (27,3)
I22 - Acesso ao Nasf-AB	701 (29,2)	577 (32,8)	62 (28,2)	44 (20,8)	1 (3,0)
I23 - Divulgação das ações e serviços	1510 (62,9)	1200 (68,3)	160 (72,7)	159 (75,0)	26 (78,8)
I24 - Turno de atendimento	2363 (98,4)	1740 (99,0)	220 (100,0)	211 (99,5)	33 (100,0)
I25 - Acesso a especialista	1950 (81,2)	1466 (83,4)	195 (88,6)	156 (73,6)	18 (54,5)
I26 - Acesso ao serviço	2317 (96,5)	1720 (97,8)	219 (99,5)	211 (99,5)	33 (100,0)
I27 - Acesso ao profissional	1812 (75,4)	1416 (80,5)	188 (85,5)	164 (77,4)	32 (97,0)
I28 - Agendamento aos usuários	1272 (53,0)	771 (43,9)	94 (42,7)	99 (46,7)	19 (57,6)

P1= Até 12.000 habitantes; P2= 12.001 a 56.000; P3= 56.001 a 100.000; P4= 100.001 a 500.000; P5= Mais de 500.000

Fonte: Elaborado pelos autores.

Verificou-se que os indicadores que apresentaram percentuais elevados em todos os portes municipais foram o I1, I2, I4, I6, I24, I25, I26 e I27.

O indicador com pior desempenho nessa avaliação esteve para as PICs (I3), de modo que nenhum município dos portes P3, P4 e P5 atingiram juízo de valor Satisfatório.

Outro indicador com resultados semelhante foi o da responsabilização (I5) que trata da resposta sobre a condição de saúde dos usuários após encaminhamentos a outros pontos da RAS, no qual apenas 27% do total de municípios avaliados ficou Satisfatório.

O indicador que diz respeito à estrutura de recursos humanos pela presença de farmacêuticos e psicólogos nas eAB/eSF - Apoio especializado (I18) – também teve baixo percentual de municípios Satisfatórios em todos os portes.

Foi constatado nos indicadores referentes ao processo de trabalho do Nasf-AB (I9 ao I12), que os municípios de menor porte tiveram desempenho inferior aos demais, com percentuais pouco expressivos, entre 21,4% e 48,2%.

Na Tabela 3 estão sistematizados os resultados das medidas diretamente relacionadas às ações de SM na AB.

Tabela 3 - Tabela 3 - Distribuição do número (n) e percentual (%) de municípios que realizam as ações de Saúde Mental na AB, segundo porte populacional. Brasil, 2012.

MEDIDAS	P1	P2	P3	P4	P5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
M8 - Realização de Acupuntura	71 (3,0)	28 (1,6)	2 (0,9)	4 (1,9)	2 (6,1)
M9 - Realização de Auriculopuntura	38 (1,6)	9 (0,5)	1 (0,5)	3 (1,4)	-
M12 - Realização de Terapia Comunitária	78 (3,2)	6 (0,3)	3 (1,4)	2 (0,9)	-
M25 - A eAB/eSF recebe apoio matricial do Nasf-AB	1676 (69,8)	891 (50,7)	70 (31,8)	102 (48,1)	17 (51,5)
M26 - A eAB/eSF recebe apoio matricial do CAPS	679 (28,3)	936 (53,2)	197 (89,5)	180 (84,9)	23 (69,7)
M33 - A eAB/eSF incentiva e desenvolve a atividade física no território	1756 (73,1)	1214 (69,1)	165 (75,0)	156 (73,6)	24 (72,7)
M46 - Grupos terapêuticos ou de educação em saúde	672 (28,0)	674 (38,3)	113 (51,4)	85 (40,1)	12 (36,4)
M49 - Discussão de casos e construção de planos terapêuticos entre eAB/eSF e Nasf-AB	592 (24,6)	567 (32,3)	101 (45,9)	83 (39,2)	12 (36,4)
M52 - A eAB/eSF possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para problemas relacionados à SM/sofrimento psíquico	1126 (46,9)	744 (42,3)	101 (45,9)	109 (51,4)	12 (36,4)
M53 - A eAB/eSF utiliza protocolos para estratificação de risco para saúde mental	1195 (49,8)	795 (45,2)	112 (50,9)	117 (55,2)	13 (39,4)
M55 - A eAB/eSF possui algum registro da história de vida para os casos de saúde mental	1189 (49,5)	651 (37,0)	89 (40,5)	103 (48,6)	16 (48,5)
M56 - eAB/eSF possui registro e números de usuários com problemas psíquicos graves	1537 (64,0)	1025 (58,3)	126 (57,3)	126 (59,4)	20 (60,6)
M57 - A eAB/eSF possui registro de usuários de crack, álcool e outras drogas	1070 (44,5)	636 (36,2)	80 (36,4)	76 (35,8)	10 (30,3)
M58 - A eAB/eSF possui registro dos usuários em uso crônico de psicofármacos	1708 (71,1)	1080 (69,9)	140 (63,6)	129 (60,8)	20 (60,6)
M59 - A eAB/eSF mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para a RAPS	1153 (48,0)	753 (42,8)	112 (50,9)	110 (51,9)	11 (33,3)
M60 - A eAB/eSF programa oferta de consultas para transtorno mental	1515 (63,1)	964 (54,8)	124 (56,4)	123 (58,0)	20 (60,6)
M61 - A agenda da eAB/eSF está de acordo com o risco classificado para transtorno mental	1225 (51,0)	734 (41,8)	101 (45,9)	90 (42,5)	13 (39,4)
M62 - Forma de agendamento das consultas para pessoas em sofrimento psíquico	1854 (77,2)	1320 (75,1)	171 (77,7)	160 (75,5)	28 (84,8)

M64 - A eAB/eSF utiliza consulta específica com tempo maior para os casos de saúde mental	1343 (55,9)	762 (43,3)	88 (40,0)	99 (46,7)	14 (42,4)
M65 - A eAB/eSF atende pessoas em sofrimento psíquico	2277 (94,8)	1640 (93,3)	210 (95,5)	203 (95,8)	32 (97,0)
M66 - A eAB/eSF realiza ações para usuários de crack, álcool e outras drogas	1074 (44,7)	534 (30,4)	51 (23,2)	57 (26,9)	5 (15,2)
M67 - A eAB/eSF oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território	869 (36,2)	413 (23,5)	49 (22,3)	54 (25,5)	4 (12,1)
M71 - O Nasf-AB desenvolve atividades de saúde mental com a eAB/eSF	642 (26,7)	666 (37,9)	98 (44,5)	80 (37,7)	13 (39,4)
M75 - A eAB/eSF teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico?	905 (37,7)	498 (28,3)	80 (36,4)	97 (45,8)	14 (42,4)
M77 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece ações de educação permanente	633 (26,4)	631 (35,9)	102 (46,4)	75 (35,4)	12 (36,4)
M79 - Existência de psicólogo atuando na eAB/eSF	851 (35,4)	210 (11,9)	25 (11,4)	36 (17,0)	9 (27,3)

P1= Até 12.000 habitantes; P2 = 12.001 a 56.000; P3 = 56.001 a 100.000; P4 = 100.001 a 500.000; P5 = Mais de 500.000

Fonte: Elaborado pelos autores.

Uma medida de significativa importância nessa avaliação diz respeito aos atendimentos de pessoas em sofrimento psíquico (M65), que esteve realizado por mais de 93% dos municípios de todos os portes.

Outra medida importante refere-se ao preparo das equipes para atendimentos dos usuários em sofrimento psíquico (M75), na qual observou-se que menos da metade dos municípios tinha a maioria de suas equipes com preparo para esses atendimentos.

As atividades relativas às PICs (M8, M9 e M12) tiveram os percentuais mais baixos em todos os portes populacionais.

Mais da metade dos municípios, entre os portes, ofertavam consulta para os casos de SM (M60). Porém, a realização de consulta específica com tempo maior para os casos de SM (M64), teve percentuais um pouco mais baixos em relação à M60.

Foi identificado baixo percentual nas atividades de grupos terapêuticos desenvolvidas pelas eAB/eSF (M46), principalmente nos municípios de menor porte.

Nas medidas referentes ao Nasf-AB (M49, M71, M77), os portes P3 e P5, que possuem maior quantidade de municípios com equipes Nasf-AB, conseqüentemente foram os que tiveram os melhores resultados.

A quantidade das equipes Nasf-AB para o ano de referência desse estudo, apresentou tal distribuição: P3) 65,0%; P5) 60,6%; P4) 53,3%; P2) 39,9%; P1) 10,7%.

Apenas 28% dos municípios de menor porte (P1) tinham apoio matricial realizado pelos CAPS (M26), contrastando com 89% dos municípios do Porte 3 (P3) com tal apoio.

Na Tabela 4 observa-se na variável “Porte municipal (em habitantes)” que o juízo de valor Regular se sobressaiu entre os Portes. Houve maior quantidade de municípios Insatisfatórios com relação aos Satisfatórios.

A região Sul do Brasil teve maior proporção de municípios Satisfatórios, seguido do Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Norte.

Tabela 4 - Número e percentual de municípios conforme juízo de valor (Satisfatório, Regular, Insatisfatório) segundo porte populacional, região, presença de equipe Nasf-AB e CAPS, e cobertura da AB. Brasil, 2012.

VARIÁVEL	JUÍZO DE VALOR			Valor de P
	SATISFATÓRIO	REGULAR	INSATISFATÓRIO	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Porte municipal (em habitante)				
P1 - Até 12.000	724 (30,1)	900 (37,5)	778 (32,4)	
P2 - 12.001 a 56.000	424 (24,1)	670 (38,1)	664 (37,8)	
P3 - 56.001 a 100.000	57 (25,9)	95 (43,2)	68 (30,9)	<0.001
P4 - 100.001 a 500.000	67 (31,6)	75 (35,4)	70 (33,0)	
P5 - Mais de 500.000	12 (36,4)	9 (27,2)	12 (36,4)	
Regiões do Brasil				
Norte	47 (13,6)	107 (31,0)	191 (55,4)	
Nordeste	442 (29,2)	609 (40,3)	461 (30,5)	
Centro-Oeste	79 (18,6)	142 (33,5)	203 (47,9)	<0.001
Sudeste	417 (30,4)	543 (39,6)	412 (30,0)	
Sul	299 (30,8)	348 (35,8)	325 (33,4)	
Equipes Nasf-AB				
Presença	519 (42,1)	484 (39,2)	231 (18,7)	<0.001
Ausência	765 (22,6)	1265 (37,3)	1361 (40,1)	
CAPS				
Presença	353 (29,5)	501 (41,1)	365 (29,9)	<0.001
Ausência	931 (27,3)	1248 (36,6)	1227 (36,1)	
Presença de CAPS e Nasf-AB				
Presença	272 (39,1)	295 (42,4)	128 (18,4)	<0.001
Ausência	1012 (25,8)	1454 (37,0)	1464 (37,2)	
Cobertura da Atenção Básica				
Adequada	1017 (31,3)	1214 (37,4)	1019 (31,4)	<0.001
Inadequada	267 (19,4)	535 (38,9)	573 (41,7)	
TOTAL	1.284 (27,8)	1.749 (37,8)	1.592 (34,4)	4.625 (100)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os municípios com equipes do Nasf-AB tiveram melhor desempenho na avaliação que municípios sem estas equipes, com diferença significativa ($p < 0,05$). Do mesmo modo,

municípios com CAPS foram mais Satisfatórios quando comparado com municípios sem este serviço ($p < 0,05$).

Municípios com cobertura de AB adequada também foram significativamente mais bem avaliados do que aqueles com cobertura inadequada.

DISCUSSÃO

A relevância de se avaliar as ações de SM na AB no Brasil tem muita relação com o porte populacional dos municípios no país, que são majoritariamente pequenos, e por este motivo contam com uma RAPS restrita, o que traz a esse nível de atenção maior importância (quando não exclusividade) no cuidado das pessoas com TM⁶.

Cerca de 61% dos municípios brasileiros se encontram abaixo do limite populacional para implementação de CAPS⁶. O panorama epidemiológico nacional em relação à prevalência dos TM reforça a necessidade de avaliação dos serviços.

De acordo com diversos estudos encontrados na literatura, os índices de TM têm variado desde 20% a mais de 50% em diferentes regiões do país^{22, 23}. Corrobora com esses dados o fato de mais de 90% dos municípios de todos os portes atenderem pessoas com algum tipo de sofrimento mental (M65).

Um achado importante do estudo nesse contexto é de que municípios com cobertura de AB considerada adequada tiveram melhor desempenho na avaliação. Ressalta-se que municípios com nível de cobertura maior tendem a ter equipes mais qualificadas e maior diversidade em opções de cuidado²⁴, o que também pode ter contribuído para o melhor desempenho.

Um fator que contribuiu para a expansão da cobertura da AB foi o Programa Mais Médicos (PMM) implantado em 2013 pelo governo federal, que beneficiou principalmente os municípios de pequeno porte, que atingiram uma cobertura de 98,4%, contra 34,1% para municípios de grande porte. Apesar do reconhecido alcance, até então não obtido por nenhum outro, o PMM foi encerrado no início de 2019 com a troca do governo federal.

Apesar das dificuldades que a AB enfrenta²⁵, ainda assim é possível desenvolver ações que visem efetivar o cuidado em SM e ampliar o escopo de ofertas e de serviços²⁶. A ação mais básica e indispensável que a AB pode desenvolver na atenção à SM é o acolhimento, pautado

pelo sistema de porta aberta/porta de entrada, entendido como o momento primordial para gerar vínculo entre profissionais e usuários ²⁷.

Embora os municípios realizem o acolhimento (I4), observou-se que menos de 21% dos municípios possuíam estrutura adequada para realizá-lo (I19). Os municípios receberam incentivos financeiros por meio de programas para melhorar a estrutura das UBS, com destaque ao próprio PMAQ e principalmente o Requalifica UBS. Porém, esse investimento ocorreu após a avaliação do segundo Ciclo do PMAQ-AB, de modo que as mudanças não foram mensuradas neste estudo, o que pode explicar o baixo desempenho dos municípios na subdimensão de Estrutura Física (S4).

A organização da equipe para a demanda espontânea é outra prática indispensável na SM e que está muito próxima ao acolhimento e tem servido, especialmente, para atendimentos de crises, o que requer tempo maior nas consultas e/ou até mesmo transporte para a remoção dos usuários que necessitem de cuidados imediatos para outros serviços da RAPS ²⁸.

No contexto da SM, particularmente para usuários que fazem uso de drogas, o atendimento à demanda espontânea é fundamental, pois embora os usuários não busquem ajuda no serviço, seus familiares o fazem principalmente em momentos de maior fragilidade ^{10, 29}.

A prevalência de consumo de drogas nas áreas urbanas se apresenta com maior intensidade nas regiões metropolitanas, capitais e, municípios grandes ³⁰. O porte (P5) foi o que menos possuía registro e realizava ações para usuários de crack, álcool e outras drogas.

Com relação à dimensão das ações de cuidado em SM (D2), foi observado que os municípios de menor porte obtiveram melhores resultados quando comparado aos maiores. As equipes de municípios com população menor constroem vínculos mais sólidos com os moradores, e também apresentam menos rotatividade de profissionais ³².

A realização de ações no território também foi melhor nos municípios de menor porte (P1), tanto nas ações voltadas aos usuários de crack, álcool e outras drogas (M66) como também nas ações para pessoas com sofrimento psíquico ou de promoção de SM (M67).

Geralmente as demandas de origem psíquica são complexas e influenciadas pelos determinantes do seu contexto social, e necessitam de cuidados que busquem integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica ³¹.

Em municípios maiores, em virtude da complexidade dos territórios e seus determinantes sociais, ocorre maior demanda do serviço em função dos mais diversos problemas de saúde, e faz com que outras condições clínicas de ordem física sejam priorizadas³³.

Os municípios de menor porte só não tiveram melhor desempenho na questão do registro de usuários de maior risco encaminhados para a RAPS (M59), possivelmente pela indisponibilidade de serviços que compõem a RAPS, o que não ocorre com os municípios de maior porte⁶.

A formação de espaços coletivos para promoção de saúde supera a visão do cuidado clínico individual restrito a cura de doenças, e passa para uma ótica abrangente do processo saúde e doença. Os momentos coletivos oportunizam ressignificar os laços comunitários, o aumento da rede de apoio e apresenta formas empática de compreensão do sofrimento psíquico dos envolvidos¹⁰.

Na avaliação, a realização de grupos terapêuticos ou de educação em saúde (M46) apresentou percentuais abaixo de 52%, com resultados mais positivos no P3, municípios com maior concentração de equipes Nasf-AB. Esse dado reforça a necessidade da presença do Nasf para realização de ações coletivas, que supera a visão do cuidado clínico individual.

O desenvolvimento de grupos de atividade física (M33), o qual contribui para a autoestima da imagem corporal, funções cognitivas, diminuição de TM³⁵, apresentou percentuais melhores, acima de 69% entre os portes.

A realização de grupos terapêuticos pode contribuir para um processo educativo para o enfrentamento do estigma, acolher pessoas com diferentes singularidades dentro de um território. Os benefícios dos grupos terapêuticos são inúmeros, caracterizado como ferramenta para a AB de baixo custo, acessível a todos os profissionais e de impacto social o que possibilita crescimento individual do grupo e modificação do estilo de vida da comunidade³⁴.

A utilização das PICs é outro recurso ao alcance da AB, que pode contribuir para o tratamento de alguns TM e diminuir e/ou substituir o uso e dependência de alguns psicotrópicos, além de proporcionar outros benefícios para a saúde¹⁰. Entretanto, as práticas das PICs (I3), apresentou o pior resultado na avaliação. Os resultados foram mais negativos em municípios maiores, onde as demandas na AB são mais expressivas.

A oferta das técnicas alternativas pode estar relacionada com os investimentos em ações nos serviços públicos de saúde, de modo que as regiões com maiores investimentos em saúde tendem a apresentar mais opções de cuidado. “Inserir as PIC na APS é reconhecer o pluralismo terapêutico necessário no manejo complexo do cotidiano das unidades de saúde, que requer abordagem familiar e comunitária, desenvolve a longitudinalidade do cuidado e a integralidade da atenção”²⁴.

O modelo de formação profissional no campo da saúde é um fator que interfere no manejo das questões relativas à SM na AB. Isso dificulta a realização de ações como as PICs e realização de grupos. A formação em saúde ainda está pautada no modelo biomédico, que descaracteriza as questões subjetivas e sociais, o que leva como alternativas de cuidado o encaminhamento a especialistas e/ou a medicação como a única forma de tratamento para os casos de SM²⁵.

O Nasf-AB tem se apresentado como um importante colaborador para o desenvolvimento das PICs e de grupos, especialmente por meio do matriciamento. As PICs e os grupos estão dentro do escopo de ações preconizadas nos dispositivos que orientam a atuação do Nasf-AB³⁶.

A qualificação das equipes tende a produzir melhores resultados para as demandas de SM além de contribuir para um atendimento integral da saúde³⁷. A subdimensão dos recursos humanos (S3), que abrange essa temática, apresentou melhor desempenho em municípios de maior porte (P5).

O indicador específico sobre a qualificação das eAB/eSF (I17) mostrou que há poucos municípios qualificando suas equipes. A capacitação, juntamente com a necessidade de estrutura física e profissionais de diferentes formações, constituem-se nos principais desafios para implementação da Política de Saúde Mental em municípios pequenos³⁸.

A alta rotatividade de profissionais na AB tem sido atribuída como uma das causas para o despreparo de profissionais. Esse fator é motivado principalmente pelas más condições de trabalho, contratações trabalhistas temporárias e a não identificação profissional³⁹.

É importante destacar que desde 2005 houve maiores investimentos em qualificação por meio de projetos de educação permanente (EP) e continuada (EC). A política da RAPS abrange proposta de desenvolvimento de EP, porém, é preciso considerar que a Rede só foi aprovada como Portaria em 2011³.

Foi constatada que a EP entre Nasf-AB e as eAB/eSF (M77), apresentou percentuais abaixo de 47% entre os portes. Embora os percentuais estejam Insatisfatório, é notável que a presença do Nasf-AB, especialmente no P3 (46,4%) fez diferença nessa medida.

É preciso que as propostas de EP sejam realizadas com metodologias inovadoras, superar o modelo conteudistas, vertical, sem preparo pedagógico, de forma fragmentada e pontual. É necessário que haja apoio da gestão para que os profissionais apresentem conteúdos que façam conexão com a realidade do território ⁴⁰.

Embora a qualificação seja algo de suma importância, as eAB/eSF não precisam ter domínios de todos os fatores da SM ou o campos de estudo da psicologia/psiquiatria, mas necessitam conhecer os instrumentos básicos de atuação para ofertar suporte adequado aos usuários ou saber quando encaminhar para outros pontos de serviço da RAS, já que a AB desempenha a coordenação do cuidado.

Com relação ao acesso aos especialistas da rede (I25), os resultados foram positivos, com percentuais mais baixos em municípios do P5. A dificuldade de encaminhamento em municípios maiores geralmente está associada à desproporção entre oferta e demanda para algumas especialidades, como a psiquiatria e neurologia. O longo período na fila de espera no sistema de regulação tende a aumentar o sofrimento psíquico, afetar o tratamento e agravar o problema de saúde dos usuários ⁴¹.

A gestão dos encaminhamentos e o retorno da avaliação realizada pelos especialistas são necessários para que a coordenação do cuidado continue sendo realizada na AB, e assim evite a fragmentação do cuidado e a descontinuidade da atenção ⁴².

A responsabilização (I5) teve um baixo percentual em todos os portes populacionais, chegou a zero nos mais populosos. Nesse quesito, é mais comum que em lugares com alta carga de trabalho, em razão da alta demanda de atendimento, aconteça a prática do encaminhamento muitas vezes desnecessário, o que gera problemas no cuidado continuado e a desresponsabilização de usuários. A reformulação nas grades curriculares dos cursos de medicina para formação mais generalista e menos especialista, tende a diminuir esses equívocos ⁴¹.

O apoio matricial é uma estratégia de trabalho entre duas equipes, por meio de criação de intervenções pedagógica e terapêutica a fim de transformar o processo de saúde e doença e

gerar impacto na realidade da equipe e no território ³⁶. O matriciamento (I7), apresentou valores insatisfatórios na avaliação.

O matriciamento prestado pelo Nasf-AB (M25) foi melhor no P1, onde há menos equipes Nasf-AB e assim, menos eAB/eSF para matricular. Enquanto o matriciamento realizado pelo CAPS (M26), foi melhor em municípios de maior porte. Esse resultado é compreendido pelo fato dos CAPS serem destinados a municípios acima de 20 mil habitantes ³.

Ter o apoio de profissionais especializados é altamente desejável para qualificar as ações do trabalho em SM. Também foi identificada a presença de outros profissionais atuando na AB (I18), principalmente no P1 e P5, com destaque à maior quantidade de Psicólogos (M79) em municípios de pequeno porte.

Esses profissionais podem ter uma atuação territorial que transcende o atendimento clínico, na realização de atividades coletivas, ações nas escolas e visitas domiciliares. Apesar disso, em muitos lugares encontram-se esses profissionais atuando de forma produtivista, pontual, com agenda fechada em atendimentos individuais, sem qualquer articulação com a equipe de AB ⁴³.

Os municípios avaliados tiveram pior desempenho na subdimensão do processo de trabalho do Nasf-AB (S2) do que no processo de trabalho das equipes de AB (S1), e os municípios de menor porte foram os mais negativos.

Considera-se o fato de que 93% dos municípios do P1 não possuíam equipes Nasf-AB, em comparação aos 42% dos municípios do P5. Era esperado o pior desempenho dos municípios do P1 nesta subdimensão, assim como em todos os indicadores relacionados ao Nasf-AB.

Mesmo que a composição da Matriz Avaliativa beneficie municípios com equipes Nasf-AB, o total de percentuais dos municípios considerados Insatisfatórios nos portes populacionais ficaram semelhante, e variou entre 30 e 37%.

Em relação às regiões brasileiras, a avaliação mostrou similaridade com outros estudos ^{44, 45} que avaliaram os serviços públicos de saúde no Brasil, como a região Norte que apresentou o maior percentual de municípios Insatisfatórios e o menor percentual de municípios Satisfatórios, e as regiões Sul e Sudeste na situação inversa.

Destaca-se como um dos principais achados deste estudo a importância da completude da RAPS e do trabalho multidisciplinar na atenção às demandas de SM na AB, onde que a

maioria dos municípios pequenos possuem a AB como serviço exclusivo de SM. O percentual de municípios Insatisfatórios foi muito maior naqueles sem CAPS e/ou sem Nasf-AB em comparação com os municípios que tem essas equipes e serviços.

E a importância do nível de cobertura da AB, que apresentou resultados mais Satisfatório nos municípios com maior cobertura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa avaliação ofereceu um panorama da atenção à SM na AB a partir dos dados do 2º Ciclo do PMAQ-AB nos municípios brasileiros de diferentes portes populacionais.

Pode-se inferir, a partir dos achados, que os municípios maiores, que possuem a RAPS mais completa, apresentam melhor desempenho na atenção às demandas de SM na AB.

O estudo possibilitou a identificação de aspectos importantes que precisam de melhoria para o cuidado em SM, como o desenvolvimento das PICs, melhor gestão de encaminhamentos para serviços especializados, melhoria no processo de trabalho do Nasf-AB, criação e utilização de protocolos de classificação de riscos em SM, e qualificação das eAB/eSF.

Como limitação desse estudo, destaca-se a fonte das medidas utilizadas (variáveis do 2º Ciclo do PMAQ-AB), que foram coletadas visando a integralidade em saúde e não apenas a temática da SM, e o uso das informações do 2º ciclo, que eram os bancos de dados disponíveis quando este estudo foi realizado.

A reaplicação desta Matriz Avaliativa com os dados do 3º Ciclo permitirá a comparação dos resultados para identificar possíveis avanços, e principalmente os retrocessos, diante da atual conjuntura política e econômica, que desfavorece as políticas públicas em geral, e tem trazido retrocessos importantes na área da SM e atenção psicossocial.

Os resultados apresentados e discutido por esse estudo podem servir de parâmetro para pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(6):2067-2074.
2. Presidência da República. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 09 Abr.
3. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 30 Dez.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2017; 22 Set.
5. Oliveira MA, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(esp):158-64.
6. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. 2015. Informativo eletrônico.
https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf (acessado em 15/dez/2020).
7. Lopes CS. Como está a saúde mental dos brasileiros? *Cad Saúde Pública* 2020; 36(2):e00005020.
8. Mangolini VI, Andrade LH, Wang YP. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. *Rev Med (São Paulo)* 2019; 98(6):415-22.
9. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários; 2003. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf> (acessado em 30/nov/2020).
10. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 34 – saúde mental; 2013.
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf (acessado em 10/jan/2021).
11. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2019; 43, n. Especial (5):137-144.
12. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, educação e saúde* 2019.;17(2):1-4.
13. Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência Saúde Coletiva* 2006; 11(3):705-711.
14. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União* 1990; 20 Set.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ 2º ciclo.
<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/> (acessado em 12/jan/2021).
16. Ministério da Saúde. Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você: Acesso e Qualidade - PMAQ 2013.

- http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf (acessado em 12/jan/2021).
17. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11676&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipe> (acessado em 20/jun/2019).
 18. Willemann MCA, Medeiros JM, Lacerda JT, Calvo MCM. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. *Epidemiol Serv Saúde* 2019; 28(3):e2018377.
 19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Informação e gestão da Atenção Básica.
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> (acessado em 20/fev/2021).
 20. Coutinho ESF, Cunha GM. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2020; 27(2):146-15
 21. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versão 3.01. https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm (acessado em 27/Jan/2021).
 22. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(3):238-246.
 23. Lucchese R, Sousa K, Bonfin SP, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm* 2014; 27(3):200-7.
 24. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Souza IMC. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(1):e00208818; p.8
 25. Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lourenço MSG. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cad Bras Ter Ocup* 2018; 26(4):904-914.
 26. Gryscek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(10):3255-3262.
 27. Silva Filho JAS, Bezerra AM. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *Rev Mult Psic* 2018; 12(40).
 28. Soares SS, Lima LD, Castro ALB. O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas. *Manag Prim Health Care* 2014; 5(2):170-177.
 29. Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em estudo* 2014; 19(2):223-23.
 30. Bastos FIPM, Vasconcelos MTL, Boni RB, Reis NB, Coutinho CFS (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira; 2017. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614> (acessado em 27/Jan/2021).
 31. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2007; 17(1):77-93.
 32. Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Junior LC. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde Debate* 2015; 39(104):29-41.

33. Souza J, Luis MAV. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. *Acta paul. Enferm.* 2012; 25(6):852-8.
34. Brunozi NA, Souza SS, Sampaio CR, Maier SRO, Silva LCVG, Sudré GA. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. *Rev. Gaúcha Enferm* 2019; 40:e20190008.
35. Oliveira EM, Aguiar RC, Almeida MTO, Eloia SC, Lira TQ. Benefícios da Atividade Física para Saúde Mental. *Saúde Coletiva* 2011; 8(50):126-130.
36. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; 2014.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf (acessado em 14/set/2019).
37. Costa TD, Gonçalves LC, Peixoto LS, Tavares CMM, Cortez EA. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. *Biológicas & Saúde* 2017, 7(23):9-15.
38. Ferreira RSAS, Cortes HM, Pinho PH. Atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte. *Psicologia da Saúde* 2019; 27(1):63-68.
39. Onocko-Campos R, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, Porto K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(12):4643-4652.
40. Junior JPB, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(9):e00108116.
41. Jesus RPFS, Santos ACGE, Mendes MFM, Samico IC. Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte. *Interface: comunicação saúde educação* 2018; 22(65):423-34.
42. Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(2):357-366.
43. Oliveira, EFA. A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos. [Dissertação de Mestrado]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.
44. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar, CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica* 2017; 51 Supl 1:3s.
45. Abreu DMX, Pinheiro PC, Queiroz BL, Lopes EAS, Machado ATGM, Lima AMLD, Santos AFS, Rocha HA. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2018; Rio de Janeiro, 42(1):67-80.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse na realização dessa pesquisa foi voltado para a atenção à Saúde Mental na Atenção Básica, considerando-se a crescente demanda de problemas mentais evidenciados por diversos estudos.

A dificuldade no diagnóstico e registro desses casos pela Atenção Básica supõe prevalências ainda maiores do que as registradas. Os transtornos mentais afetam pessoas em todo mundo sem distinção de idade, etnias, gênero, classe social ou qualquer outro fator.

A Atenção Básica, enquanto serviço primário do SUS, precisa estar acessível à toda população do país e bem equipada para essa demanda.

O estudo alcançou os objetivos propostos inicialmente em construir um modelo avaliativo e aplicá-lo, identificando as fragilidades e potencialidades da Saúde Mental na Atenção Básica. Além disso, o estudo em questão trouxe em sua temática propostas emergentes para discussão, visto as ameaças da atual conjuntura política no país que tem assombrado a Saúde Mental desde 2016. Considera-se também a necessidade em desenvolver avaliações para outros serviços que compõem a RAPS além da Atenção Básica, a fim de garantir os direitos conquistados no campo da atenção psicossocial.

A metodologia adotada para a construção da Matriz Avaliativa a partir do PMAQ-AB revela o quanto o programa é essencial para promover uma gestão de qualidade, estimulando o planejamento e avaliação em temas extremamente importantes na Atenção Básica como crianças, mulheres, doenças crônicas, saúde mental. Entretanto, desde a troca do governo em 2019 não houve planejamento para a continuação de novos ciclos do PMAQ-AB.

Mesmo assim, há que se avançar na elaboração de indicadores do PMAQ-AB. Uma significativa limitação desse estudo é o fato de que as variáveis do instrumento relativas à Saúde Mental têm como foco o abuso e dependência de álcool, crack e outras drogas.

A limitação de indicadores relativos a Saúde Mental foi identificada por outros pesquisadores. As hipóteses são devido ao:

caráter fortemente ético e político da reforma psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de alguns parâmetros e indicadores mínimos dentre atores sociais inseridos em polos distintos. Outra explicação a ser agregada para explicar a menor permeabilidade seria proveniente do próprio objeto de que se ocupam os trabalhadores da saúde mental, constituído em boa parte pelas questões subjetivas das clientela que acompanham. Envolvidos com os esforços de relativização e de compreensão do particular e do singular, os trabalhadores inseridos nessa área podem apresentar dificuldades de diversas ordens às tentativas de

objetivação e sistematização requerida por um processo avaliativo, seja ele baseado em referencial qualitativo ou quantitativo (FURTADO *et al.*, 2013, p. 103).

Um outro fator a ser considerado nos instrumentos avaliativos desse estudo foi a quantidade de recusa dos especialistas convidados para o momento da oficina de consenso. Acredita-se que a participação com maior número de *experts* levaria a um debate mais construtivo e enriquecido, melhorando os componentes da Matriz.

No momento da análise dos dados, foi observada a tendência do instrumento em favorecer municípios de maior porte por possuírem estrutura da RAPS mais completa, como a presença de equipes Nasf-AB e CAPS.

Apesar disso, municípios menores apresentaram melhor desempenho nas ações de Saúde Mental no território, no registro das demandas, e no planejamento do serviço. O fato dos CAPS serem destinados a municípios com população superior a 20 mil habitantes, faz com que Atenção Básica seja o único ponto de atenção à saúde mental em muitas realidades.

Esse cenário acaba por demandar maior responsabilização de cuidado em municípios de pequeno porte, como observado nos resultados dos indicadores da Matriz Avaliativa.

Os portes municipais apresentaram potencialidades e fragilidades diferentes. A grande vantagem em analisar porte populacional semelhantes está na possibilidade de gestores compararem pontos fracos e fortes entre os municípios com as mesmas características. Para uma melhor compreensão dessas peculiaridades, seria necessário o desenvolvimento de uma análise mais específica.

O porte com melhor percentual com relação ao resultado Satisfatório foi o P5, seguido do P4, P1, P3 e P2. As regiões do Brasil com desempenho mais Satisfatórios foi o Sul, seguido do Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. No resultado geral dessa avaliação, foi observado maior número de municípios Insatisfatório, seguido de Regular e Satisfatório. Isso revela a necessidade de maior atenção na área da saúde mental.

Os indicadores com fragilidades mais evidentes foram: as PICs, na oferta de serviços como acupuntura, auriculoterapia, fitoterápicos etc.; (des)responsabilização nos encaminhamentos para os serviços especializados; carência de apoio matricial do CAPS, Nasf-AB, especialistas da rede e entre outros pontos; carência no uso de protocolos de classificação de risco específicos para as demandas de Saúde Mental; ações limitadas de Saúde Mental no território como realização de grupos, educação em saúde e entre outras atividades; falta de

qualificação das eAB/eSF principalmente por meio das EP; falta de apoio especializado com relação a presença de psicólogos e farmacêuticos na equipe de Atenção Básica; e precariedade na estrutura de modo geral.

Os indicadores com maior potencial foram: planejamento do processo de trabalho das eAB/eSF; questões relativas ao acolhimento; vagas de demanda espontânea e remoção de usuários quando necessário.

Foi identificado indicadores relativos ao acesso e oferta de serviços como: divulgação das ações e serviços como horário de funcionamento, lista das atividades visíveis aos usuários; turno de atendimento; acesso a especialistas da rede de saúde; acesso aos serviços da UBS como consultas médicas, de enfermagem, e dispensação de medicamentos; acesso ao profissional da UBS.

Esses indicadores referem-se ao processo de trabalho comum das equipes, que abrange o cuidado de modo integral e não diretamente a Saúde Mental. Isso corrobora que as práticas de Saúde Mental podem ser realizadas por todos os profissionais da equipe. A promoção em saúde nesse campo não é algo novo ou que vai além do trabalho cotidiano da Atenção Básica e pode ser realizado sem mesmo que os profissionais percebam (BRASIL, 2013a).

Para além do artigo apresentado, pretende-se desenvolver outras duas análises e resultados para publicação.

A primeira proposta de artigo será desenvolvida com parceria de dois pesquisadores do NEPAS, e será no formato de um Estudo de Avalibilidade (EA) do Modelo Teórico-Lógico e da Matriz Avaliativa da atenção à Saúde Mental na Atenção Básica.

A segunda proposta de publicação trará informações do comportamento da Matriz Avaliativa de forma genérica, isso é, o resultado da aplicação dos 4.625 municípios brasileiros apresentados em ordem de classificação da agregação final dos escores e seus respectivos juízos de valor e as médias dos componentes da Matriz Avaliativa.

Durante a elaboração dessa pesquisa foi iniciada uma Tabela com a distribuição dessas informações que se encontra no APENDICE B.

Por fim, considera-se que a Matriz Avaliativa desse estudo pode ser utilizada em diferentes contextos e momentos. Desse modo, fica como sugestão a aplicação desse instrumento com os dados do 3º Ciclo do PMAQ-AB, permitindo identificar avanços e retrocessos, além de servir como parâmetro para pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. O. S.; CAVALCANTE, E. A. B.; ALENCAR, B. R. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** 33(4):489-495, 2012. Acessado em: 18 de setembro de 2019. Disponível em: <http://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/251>

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, ago, 2008. Acesso em: 12 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/02.pdf>

ALVES, C. K. A.; NATAL, S.; FELISBERTO, E.; SAMICO, I. **Interpretação e Análise das Informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões.** In: SAMICO, I. *et al.* Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: medBook, 2010.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva.** V. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Acesso em: 26 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**, p.783-836. In: CAMPOS G. W. S. *et al.* Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOSA, F. E. S.; GUIMARÃES, M. B. L.; SANTOS, C, R.; BEZERRA, A. F. B.; TESSER, C. D.; SOUZA, I. M. C. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**; 36(1):e00208818, 2020. Acesso em: 18 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n1/1678-4464-csp-36-01-e00208818.pdf>

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária Passo a Passo.** 3 ed. revisada e ampliada. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, Abril de 2014, p. 391-404, 2014. Acesso em: 18 de maio de 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>.

BOING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicol. cienc.** vol.30, n.3, 2010. Acesso

em: 23 de junho de 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação de Saúde Mental – 1990 a 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Acesso em: 23 de junho de 2019. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011b. Acesso em: 7 de maio de 2020. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

BRASIL. **Lei nº 10.216 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, 2001a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acessado em: 25 de junho de 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Acesso em 14 de março de 2021.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Acesso em 14 de março de 2021. Disponível em:

http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF:

Ministério da Saúde; 2005a. Acesso em: 12 de fevereiro de 2020. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Acesso em: 26 de junho de 2019. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASEMS). **O SUS DE A a Z**. Garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

Acessado em: Acessado em: 25 de junho de 2019. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004**. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. Brasília: 2004b. Acessado em: 25 de junho de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011c. Acesso em 12 de agosto de 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/216754088_Guia_Pratico_de_Matricramento_em_Saude_Mental

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2013e. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Acesso em: 20 de janeiro de 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Informações de Saúde (TABNET). Rede Assistencial. CNES – Equipes de Saúde. Acessado em: 20 de junho de 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11676&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/equipe>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Acesso em: 30 de novembro de 2020. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2017b. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras

Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: 2012a. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html#:~:text=2%C2%BA%20O%20CAPS%20AD%20III,dia%20e%20em%20todos%20os

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília: 2012b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: 2008b. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: 2011d. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2011e. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Acesso em: 18 de janeiro de 2021. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2078, de 31 de outubro de 2003**. Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”. Brasília: 2003b. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2078_31_10_2003.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: 2013c. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002. Acesso em: 18 de maio de 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Acessado em: 20 de novembro de 2020b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC) no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Acessado em: 20 de novembro de 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Acesso em 20 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsnm.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da Oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. Acessado em: 25 de junho de 2019. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_842_oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b. Acessado em: 25 de junho de 19. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CONAD nº 01/2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o

acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

Brasília: 2015c. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em:

https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015a. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p.

Acesso em: 21 de abril de 2019. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. **Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: ministério da Saúde, 2003a. Acesso em: 14 de setembro de 2019. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010 Ministério da Saúde: Brasília. 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. Acesso em: 17 de julho de 2019. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação de Saúde Mental – 2004 a 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 34 – saúde mental**. Brasília, 2013a. Acesso em: 30 de novembro de 2020. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acessado em: 14 de setembro de 2019. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 28, Volume II – acolhimento à demanda espontânea**. Queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, 2013d. Acesso em: 14 de setembro de 2019. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Ficha de qualificação dos indicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f. Acesso em: 14 de setembro de 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ 2º ciclo. **Microdados da avaliação Externa**, 2019. Acessado em: 15 de maio de 2019. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Modelizar as intervenções**. In: BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p.61-74.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, 17(1):77-93, 2007. Acesso em: 13 de abril de 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. **Avaliação – Algumas concepções teóricas sobre o tema**, 2006, p. 103 - 128. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L.; A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família. Tubarão (SC): UNISUL; 2006

CALVO, M. C. M.; MAGAJEWSKI, F. R. L.; ANDRADE, S. R. **Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Gestão e avaliação na atenção básica**. 3. ed. – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. A.; FERRER, A. L.; SANTOS, D. V. D.; STEFANELLO, S.; TRAPÉ, T. L.; PORTO, K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4643-4652, 2011. Acesso em: Acesso em 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013

CAMPOS, R. T. O. *et al.* **Inovação para o estudo e a produção de consensos**, 2011, p.97-121. In: CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

CAMPOS, R. T.; MIRANDA, L.; GAMA, C. A. P.; FERRER, A. L.; DIAZ, A. R.; GONÇALVES, L.; TRAPÉ, T. L. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, ano 10, n.1, p. 221-241, 2010. Acesso em: 15 de janeiro de 21. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a15.pdf>

CAMPOS, R.T.O.; PASSOS, E; PALOMBINI, A. *et al.* **Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores**. DSF/ FCM/ UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/ UFRGS, 2014.

CARVALHO, J. L. S.; NÓBREGA, M. P. S. S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 38(4):e2017-0014, 2017. Acesso em: 18 de dezembro de 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000400406&script=sci_abstract&tlng=pt

Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. **Declaração de Alma-Ata; Alma-Ata**; USSR, 1978. Acesso em: 5 de maio de 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

CONTANDRIOPOULOS A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência Saúde Coletiva**. 11(3):705-711, 2006. Acesso em: 30 de novembro de 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* **A Avaliação na Área da Saúde**: conceitos e métodos 1997. In HARTZ, Z. M. A. Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à práticas na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Friocruz, 1997.

COSTA, T. D.; GONÇALVES, L. C.; PEIXOTO, L. S.; TAVARES, C. M. M.; CORTEZ, E. A. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. **Biológicas & Saúde**, 7(23), 2017. Acessado em: 18 de dezembro de 2019. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/647

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):357-366, fev, 2012. Acessado em: 18 de dezembro de 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000200014&script=sci_abstract&tlng=pt

DIAS, J. C.; SCIVOLETTO, S. S.; SILVA, C. J.; LARANJEIRA, R. R.; ZALESKI, M.; GIGLIOTTI, A.; ARGIMON, I.; MARQUES, A. C. P. R.. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudo de Álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 85-91, 2003. Acesso em: 26 de junho de 2019. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Temas_Revelantes/Reducao_de_danos_posicoes_da_Associacao_Brasileira_de_Psiquiatria_e_da_Associacao_Brasileira.pdf

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. S. A. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciênc. saúde coletiva**. 25 (2) 2020. Acessado em: 10 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n2/595-602/>

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessments**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LOURENÇO, M. S. G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** v.26, n4, São Carlos, 2018. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2526-89102018000400904&script=sci_arttext&tlng=pt

FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D.; ANDRADE, F. B.; LIMA, E. A. R.; RIBEIRO, F. F.; SILVA, M. S. S. terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento; **Rev. Eletr. Enf.** [Internet].;11(4):964-70, 2009. Acesso em: 26 de junho de 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000300208&script=sci_arttext

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):129-138, 2009. Acesso em: Acesso em 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci_arttext&tlng=pt

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. **Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições**. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. organizadores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010. p.1-13.

FILHO, J. A. S.; BEZERRA, A. M. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Rev. Mult. Psic.** V.12, N. 40. 2018. Acessado em: 21 de novembro de 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1138>

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. T. O.; MOREIRA, M. I. B.; TRAPÉ, T. L. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(1):102-110, jan, 2013. Acesso em: 16 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/12.pdf>

GAMA, C.A.P.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n.2, p. 112-131, 2009.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. São Luís: EDUFMA, 2018.

GERBALDO, T. B.; ARRUDA, A. T.; HORTA, B. L.; GARNELO, L. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. **Trab. educ. saúde.**, vol.16, n.3, pp.1079-1094, 2018. Acesso em: 19 de maio de 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462018005005104&lng=pt&nrm=iso.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas, SP: Papirus, 1990.

GUBA. E. G.; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011

JUNIOR, M. G.; TOBIAS, G. C.; TEIXEIRA, C. C. Saúde mental na atenção primária à saúde. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 60, p. 101-116, abr./jun., 2019. Acessado em: 10 de janeiro de 2021. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/download/5582/pdf/19202

LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. **Planejamento na Atenção Básica**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. Acessado em: 18 de setembro de 2019. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaoobasica/files/2017/10/Planejamento-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. D.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 615-634.

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.

LEMES, A. G.; NASCIMENTO, V. F.; ROCHA, E. M.; ALMEIDA, M. A. S. O.; VOLPATO, R. J.; LUIS, M. A. V. Terapia Comunitária como cuidado complementar a usuários de drogas e suas contribuições sobre a ansiedade e a depressão. **Escola Anna Nery** 24(3), 2020. Acesso em: 26 de junho de 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000300208&script=sci_arttext

LOPES, C. S. Como está a saúde mental dos brasileiros? **Cad. Saúde Pública**; 36(2):e00005020, 2020. Acesso em: 30 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n2/1678-4464-csp-36-02-e00005020.pdf>.

LUCCHESI, R.; SOUSA, K.; BONFIN, S. P.; VERA, I.; SANTANA, F. R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paul Enferm**; 27(3):200-7, 2014. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000300200&script=sci_abstract&lng=pt

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**; 36(2):213-21, 2002. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000200014&script=sci_abstract&tlng=pt

MAEDA, S. T.; MOLEIRO, P. F.; ERGY, E. T.; CIOSAK, S.; I. Recursos humanos na atenção básica: investimento e força propulsora de produção. **Rev. esc. enferm. USP** vol.45 no.spe2 São Paulo Dec. 2011. Acessado em: 18 de setembro de 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800002

MANGOLINI, V.I.; ANDRADE, L. H; WANG, Y. P. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade em regiões do Brasil: uma revisão de literatura. **Rev Med (São Paulo)** 98(6):415-22, 2019. Acesso em: 12 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/144226>.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2006; 22(8):1639-1648, 2006. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000800012&script=sci_abstract&tlng=pt

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z. M. A. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais**. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Acesso em: 12 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/avaliacao-em-saude-dos-modelos-teoricos-pratica-na-avaliacao-de-programas-e-sistemas-de-saude>

MENDES, E. V. **Agora mais do que nunca**: uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Conselho Nacional De Secretários De Saúde. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(5):229-2305, 2010. Acesso em: 26 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130, 2016. Acesso em: 26 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>

MOREIRA, J. K. P.; BANDEIRA, M.; CARDOSO, C. S.; SCALON, J. D. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J bras Psiquiatr**; 60(3):221-6, 2011. Acesso em: 15 de fevereiro

de 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300012

MOREIRA, K. S.; LIMA, C. A.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M. Avaliação da infraestrutura das Unidades de Saúde Da Família e equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enferm.** (22)2: e51283, 2017. Acessado em: 12 de maio de 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283>.

NUNES, E. D. **Saúde Coletiva**: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. D.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 19-39.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 10, p. 2375-2384, 2007. Acesso em 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007001000012&script=sci_abstract&tlng=pt

OLIVEIRA, S. S. **Trechos da História da Loucura**. Interações: Sociedade E As Novas Modernidades, 2(3), 2002. Acesso em 20 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/52>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**. Uma perspectiva global. Lisboa: OMS/Wonca, 2008. Acesso em: 25 de junho de 2019. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Washington, D.C: OPAS, 2007.

PINHEIRO, A. L. S.; ANDRADE, K. T. S. A.; SILVA, D. O.; ZACHARIAS, F. C. M.; GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C. Gestão da saúde: o uso de sistemas de informação e partilha de conhecimento para o processo de tomada de decisões. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis., v. 25, n. 3, e3440015, 2016. Acessado em: 18 de setembro de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300305&lng=en&nrm=iso.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1903-1913, 2018. Acesso em: 14 de dezembro de 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci_abstract&tlng=pt.

POZ, M. R. D.; LIMA, J. C. 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. Acesso em: 18 de setembro de 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2012.v22n2/621-639/>

RISPA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde no Brasil. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** – Livro – 2ª edição – 2008. Acesso em: 18 de setembro de 2019. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M, M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**; 59(3):238-246, 2010. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011#:~:text=A%20preval%C3%Aancia%20geral%20de%20TMC,%2C7%25\)20%2C23.](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011#:~:text=A%20preval%C3%Aancia%20geral%20de%20TMC,%2C7%25)20%2C23.)

SANTOS, G. B. V.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M, CESAR, C.L.G.; GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**; 35(11):e00236318, 2019. Acesso em: 15 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001305008

SILVA, D.; LOPES, E. L.; JUNIOR, S. S. B. Pesquisa quantitativa: elementos, paradigmas e definições. **Revista de Gestão e Secretariado - GeSec**, São Paulo, v. 5, n. 1, p 01-18, jan./abr. 2014. Acessado em: 14 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/297>

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**. 13(4):591-5, 2005. Acesso em: 20 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19>

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. 1. ed., São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. Acesso em: 20 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.edusp.com.br/livros/avaliacao-de-programas-de-saude-do-adolescente/>

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.14, n.2, pp.477-486, 2009. Acessado em: 18 de setembro de 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200016&script=sci_abstract&lng=pt

TEIXEIRA, M. J. Dor e depressão. **Revista neurociências**, v14 n2, p. 044-053, 2006. Acesso em: 8 de fevereiro de 2021. Disponível em:

<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8762/6296>

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1, p. 361-378, 2018. Acessado em: 18 de setembro de 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0361.pdf>

APÊNDICE A

Matriz Avaliativa da Atenção a Saúde Mental na Atenção Básica

1. DIMENSÃO – Processo de Trabalho
<p>O processo de trabalho na Atenção Básica é caracterizado pela abordagem das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família (eAB/eSF). Essas equipes recebem apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no formato de trabalho de retaguarda especializada com profissionais de diferentes áreas de atuação conforme a necessidade de saúde cada território. O trabalho planejado e em conjunto entre as equipes precisam ser uma atividade cotidiana para as práticas de cuidado em Saúde Mental. O processo de trabalho da Atenção Básica na Saúde Mental, precisa envolver ações e propostas de caráter interdisciplinar, de acordo com as necessidades, riscos, vulnerabilidade do território, essencialmente na identificação das potencialidades, contemplar todo o contexto social e familiar e responder de forma adequada e resolutiva as demandas (BRASIL, 2013a).</p>
1.1 SUBDIMENSÃO – Processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e equipes de Saúde da Família
<p>O processo de trabalho das eAB/eSF é desenvolvido no território, de caráter comunitário, na área de abrangência da Unidades Básicas de Saúde (UBS). Consiste na realização de programação e implementação de atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a prioridade para as intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, monitorar frequentemente os indicadores de saúde. A Atenção Básica deve desenvolver ações que priorizem os grupos e os fatores de risco clínico, comportamentais, alimentares e ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2017a). Dessa forma, a Atenção Básica se preocupa com a saúde integral dos usuários, isto é, a não separação entre mente e corpo. No cuidado a Saúde Mental é comumente utilizado estratégias como o acolhimento, matriciamento, Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), atendimento individual e compartilhado, Práticas Integrativas e Complementares (PICs), grupos terapêuticos, articulação intersetorial, visitas domiciliares, diagnóstico, tratamento, fortalecimento da rede de apoio, redução de danos, educação em saúde na comunidade na lógica da desconstrução do estigma social, contribuir especialmente para a inclusão e formas de promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2013a).</p>

Indicador Rationales	Medida (Código do PMAQ-AB)	Parâmetro/peso
<p>II - Planejamento do processo de trabalho das eAB/eSF</p> <p>O planejamento do processo de trabalho na Atenção Básica envolve o uso de diferentes modos de interpretar a realidade, o levantamento de questionamentos para compreendê-la, e um processo de decisão continuado sobre o que, como e quando atuar, os responsáveis pelas ações e os recursos necessários. O território é dinâmico, demanda o monitoramento de indicadores, com planejamento e programação das ações periodicamente. As ações de planejamento, programação, monitoramento e avaliação devem fazer parte do processo de trabalho das equipes para que sejam resolutivas em relação às demandas de Saúde Mental da população (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016)</p>	<p>M1 - A eAB/eSF realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade? (ET - II.8.1)</p>	<p>≤30 dias = 1 >que 30 dias = 0</p>
	<p>M2 - A eAB/eSF realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde? (ES - II.8.4)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>
<p>II - Apoio da Gestão para as eAB/eSF</p>	<p>M3 - A eAB/eSF recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? (II.8.2)</p>	<p>Sim = 1</p>

<p>A produção de conhecimento a partir das informações representa uma ponte dialógica entre as políticas de saúde, o planejamento e a tomada de decisão, garantir a resolutividade dos serviços de saúde (PINHEIRO <i>et al.</i>, 2016). O apoio da gestão ao processo de planejamento das equipes é necessário, tanto no fornecimento de informações como no auxílio à sua discussão e análise, por meio de processos de educação permanente, flexibilizar as agendas dos profissionais para inserirem tais atividades em sua rotina de trabalho. Sem essa análise das informações, a resolutividade em relação às demandas de Saúde Mental do território certamente estará comprometida.</p>	<p>M4 - A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde? (G - II.8.3)</p>	<p>Não = 0</p>
<p>I3 - Práticas Integrativas e Complementares</p> <p>As PICs abrangem sistemas e recursos que valorizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento de vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio em que vive. As práticas que contemplam essa política são a Medicina Tradicional Chinesa; acupuntura; homeopatia; plantas medicinais e fitoterápicos; termalismo</p>	<p>M6 - Existe articulação entre o trabalho da equipe de saúde junto à cuidadores tradicionais como parteiras, benzendeiras, remedieiras, pajés e rezadeiras? (II.14.8)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>
	<p>M7 - A eAB/eSF oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território? (ET - II.25.1)</p>	<p>Sim = 2 Não = 0</p>
	<p>M8 - É oferecido acupuntura? (II.25.2.1)</p>	<p>Sim = 1</p>

<p>social; crenoterapi; Terapia Comunitária e; medicina astropofísica. A Atenção Básica no cuidado à Saúde Mental quando na perspectiva da abordagem psicossocial e as PICs são convergentes por terem premissas em comum como: o sujeito em seu contexto social, tratamento de forma ampla e holística, o empoderamento do usuário e a aproximação da família e comunidade. Reconhecendo-as como importantes, mas não únicas possibilidades de cuidado em Saúde Mental, considera-se que as PICs podem potencializar as ações de Saúde Mental desenvolvidas no nível primário de atenção (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).</p>	M9 - É oferecido auriculopuntura? (II.25.2.2)	Não = 0
	M10 - A eAB/eSF realiza reiki? (II.25.3.1)	
	M11 - A eAB/eSF realiza naturologia? (II.25.3.11)	
	M12 - A eAB/eSF realiza Terapia Comunitária? (II.25.3.12)	Sim = 2 Não = 0
	M13 - A gestão oferece alguma atividade/curso de educação permanente em práticas integrativas e complementares para a equipe? (II.25.4)	Sim = 1
	M14 - A eAB/eSF incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: Práticas corporais? (II.26.3.1)	Não = 0
	<p>I4 - Acolhimento</p> <p>O acolhimento é uma prática importante nas relações de cuidado na Atenção Básica, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. O acolhimento nos casos de Saúde Mental é uma estratégia</p>	M15 - A eAB/eSF realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? (II.12.17)
M16 - Os profissionais da eAB/eSF que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários? (G - II.12.18)		
M17 - Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento? (G - II.12.15)		≤30min = 1

<p>indispensável para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento do cuidado. Seu objetivo é atender e entender as queixas de quem procura o serviço de saúde, de modo receptivo e atencioso. Esse tempo precisa envolver responsabilidade ética, sistema de porta aberta/porta de entrada, profissionais capacitados para esse serviço e local adequado para a escuta e possíveis tomadas de decisões. O acolhimento cria confiança entre a equipe de saúde e o usuário de Saúde Mental, permite a responsabilização compartilhada, diminuído número de encaminhamentos para serviços especializados e aumento da capacidade resolutiva das queixas (FILHO; BEZERRA, 2018).</p>		>30min = 0
	<p>M18 - Em quais turnos é realizado o acolhimento? (G - II.12.3)</p>	<p>≥ a 2 turno = 1 Demais situações = 0</p>
	<p>M19 - Quantos dias por semana acontece o acolhimento? (G - II.12.4)</p>	<p>≥ 5 dias por semana = 1 Demais situações = 0</p>
<p>15 - Responsabilização</p> <p>A Atenção Básica tem sido considerada lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de cuidados em Saúde Mental, por sua proximidade com a comunidade. Mas nem sempre apresenta condições para dar conta das situações e necessita encaminhar os usuários para outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Porém,</p>	<p>M20 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas? (II.33.17.8)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>
	<p>M21 - A eAB/eSF obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados? (II.16.1)</p>	<p>Sempre = 1 Na maioria das vezes = 0,5</p>

<p>encaminhar não pode ser sinônimo de se desresponsabilizar. A gestão dos encaminhamentos e o retorno da avaliação realizada pelos especialistas são necessários para que a coordenação do cuidado continue a ser realizada na Atenção Básica, evitar a fragmentação do cuidado e descontinuidade do projeto terapêutico (DELFINI; REIS, 2012)</p>		<p>Demais situações = 0</p>
<p>I6 - Demanda espontânea</p> <p>O atendimento da demanda espontânea em Saúde Mental na Atenção Básica muitas vezes se configura como crises, portanto, requer uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. A agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é necessária uma gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. Além disso, é fundamental que as equipes possuam adequada retaguarda para a remoção dos usuários que necessitem de cuidados imediatos de outros serviços, de forma a garantir o acesso, em tempo</p>	<p>M22 - Existe reserva de vagas para consultas de demanda espontânea? (ET - I.12.6)</p>	<p>Sim = 2 Não = 0</p>
	<p>M23 - A eAB/eSF dispõe de serviço para remoção do usuário, quando necessário? (II.12.19)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>

oportuno, ao tipo de tecnologia necessária (BRASIL, 2013a).		
<p align="center">I7 - Apoio matricial</p> <p>Constitui em retaguarda especializada de outros serviços da rede de saúde para as equipes da Atenção Básica. Essa parceria se configura sob a forma de coresponsabilização pelos casos e se desenvolve por meio de discussões e consultas conjuntas, construção de projetos terapêuticos singulares, intervenções com as famílias e a comunidade, realização de grupos, discussão de casos clínicos. Diferentes serviços de Saúde Mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Nasf-AB, que acompanham o mesmo usuário que a Atenção Básica, precisam estar em consonância na comunicação, pois podem acidentalmente prejudicar o trabalho em andamento e/ou confundir o usuário em tratamento (BRASIL, 2013a).</p>	<p>M24 (- A eAB/eSF recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? (G - II.9.4)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>
	<p>M25 - A eAB/eSF recebe apoio matricial do Nasf-AB? (II.9.5.1)</p>	<p>Sim = 2</p>
	<p>M26 - A eAB/eSF recebe apoio matricial do CAPS? (II.9.5.2)</p>	<p>Não = 0</p>
	<p>M27 - A eAB/eSF recebe apoio matricial de especialistas da rede? (II.9.5.4)</p>	
	<p>M28 - A eAB/eSF recebe apoio de profissionais de outra modalidade de apoio matricial? (II.9.5.5)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>
<p align="center">I8 - Ações da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família</p>	<p>M29 - Na agenda dos profissionais, está organizado ações para visita domiciliar? (II.13.1.1)</p>	<p>Sim = 1</p>
	<p>M30 - Na agenda dos profissionais, está organizado ações para grupos de educação em saúde? (II.13.1.2)</p>	<p>Não = 0</p>

<p>A Atenção Básica tem potencial para desenvolver diferentes tipos de ações e cuidados em Saúde Mental que começa pelo acolhimento e escuta qualificada para detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico, como também, as inúmeras formas de lidar com os problemas detectados, oferecer tratamento na própria Atenção Básica ou encaminhar os pacientes para serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Constituem-se ações fundamentais e indispensáveis no cuidado aos usuários com problemas de Saúde Mental diagnosticados A realização de grupos de educação em saúde, atividades comunitárias, visitas domiciliares, além de previsão de cuidado continuado, sempre com o devido apoio institucional, constituem-se ações fundamentais e indispensáveis no cuidado aos usuários com problemas de Saúde Mental diagnosticados (BRASIL, 2013a).</p>	<p>M31 - Na agenda dos profissionais, está organizado ações para atividade comunitária? (II.13.1.3)</p>	
	<p>M32 - Na agenda dos profissionais, está organizado ações para consultas para cuidado continuado? (I.I.13.1.4)</p>	
	<p>M33 - A eAB/eSF incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território atividade física? (II.26.3.2)</p>	<p>Sim = 2 Não = 0</p>
	<p>M34 - A eAB/eSF realiza ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde? (II.30.5.5)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>
	<p>M35 - A eAB/eSF realiza debate com os professores da escola? (II.30.5.6)</p>	
	<p>M36 - A eAB/eSF oferta de algum tipo de atendimento em grupo? (II.23.4.3)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>

1.2 SUBDIMENSÃO – Processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

O Nasf-AB tem a função de complementar o processo de trabalho das eAB/eSF por meio de um trabalho multiprofissional. Na perspectiva da atenção em Saúde Mental, os momentos entre Nasf-AB e a eAB/eSF devem promover trocas de saberes e compartilhamento de práticas e responsabilidades por meio de uma relação horizontal. Uma comunicação fluida entre as equipes permitirá melhor aproveitamento do tempo em

planejamento de trabalho, como a elaboração de projetos terapêuticos, grupos de saúde, demandas emergentes, organização para consultas individuais, compartilhadas e visitas domiciliares (BRASIL, 2014).		
<p>I9 - Apoio em situação imprevista</p> <p>O apoio do Nasf-AB às eAB é fundamental para as ocorrências imprevistas em Saúde Mental, que muitas vezes se caracterizam por situações de crise, complexas, e que demandam uma cuidadosa avaliação multiprofissional, dada a vulnerabilidade em que se encontram os usuários que buscam o atendimento. Dessa maneira, devem ser definidos critérios de risco para o acionamento do apoio do Nasf-AB e definições dos meios de comunicação (BRASIL, 2014).</p>	<p>M37 - Existem critérios e formas definidas e pactuadas entre a eAB/eSF e o Nasf-AB para acionar o apoio em situações imprevistas? (II - NIII.33.16)</p>	<p>Sim = 1</p> <p>Não = 0</p>
	<p>M38 - Em situações imprevistas, a eAB/eSF consegue fazer contato com o Nasf-AB? (II - NIII.33.16.1)</p>	
<p>I10 - Planejamento compartilhado do processo de trabalho do Nasf-AB com a eAB/eSF</p> <p>É indispensável o planejamento compartilhado entre os profissionais do Nasf-AB com as eAB/eSF, aumentando a resolução de problemas e o manejo de certas situações, pois as demandas de Saúde Mental,</p>	<p>M39 - Todos profissionais do Nasf-AB têm garantido encontros/atividades periódicas e regulares com a eAB/eSF? (II - NIII.33.12)</p>	<p>Sim = 2</p> <p>Não = 0</p>
	<p>M40 - Qual a periodicidade dos encontros/atividades dos profissionais do Nasf-AB com a eAB/eSF? (II - NIII.33.13)</p>	<p>≤15 dias = 1</p>

<p>geralmente, envolvem um contexto complexo (familiar, cultural, socioeconômico) necessitando de uma rede de apoio, principalmente nas situações de crises e abuso de álcool e drogas. Dessa forma, o Nasf-AB deve atuar apoiando as eAB/eSF na análise dos problemas do território, e na elaboração conjunta de propostas de intervenção, tanto de âmbito individual quanto coletivo (BRASIL, 2014).</p>	<p>M41 - A eAB/eSF e o Nasf-AB criaram critérios em relação aos atendimentos a serem realizados pelos profissionais do Nasf-AB? (II - NIII.33.14)</p> <p>M42 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece planejamento e avaliação de ações? (II.33.17.3)</p> <p>M43 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece o apoio à organização do processo de trabalho da equipe? (II.33.17.13)</p> <p>M44 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do Nasf-AB? (II.33.17.9)</p> <p>M45 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece a definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional? (II.33.17.11)</p>	<p>Demais situações = 0</p> <p>Sim = 1</p> <p>Não = 0</p>
<p>I11 - Ações compartilhadas</p> <p>As ações compartilhadas concretizam a gestão compartilhada do cuidado. O reconhecimento da</p>	<p>M46 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece grupos terapêuticos ou de educação em saúde? (II.33.17.4)</p> <p>M47 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece visitas domiciliares?</p>	<p>Sim = 2</p> <p>Não = 0</p> <p>Sim = 1</p>

<p>complexidade dos problemas de Saúde Mental deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos e problemas, assim como propostas de solução. As ações compartilhadas configuram-se em reuniões de matriciamento, visitas domiciliares, atividades no território, atividades de educação permanente. Realizar ações de forma compartilhada não pressupõe que as equipes estejam juntas no mesmo espaço/tempo na execução das ações, mas em um trabalho transversal e contínuo de cuidado (BRASIL, 2014).</p>	(II.33.17.5)	Não = 0
	<p>M48 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece intervenções na comunidade? (II.33.17.6)</p>	
	<p>M49 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece discussão de casos e construção de planos terapêuticos? (II.33.17.7)</p>	<p>Sim = 2 Não = 0</p>
<p>I12 - Realização de consultas</p> <p>Das ações propostas pelo Nasf-AB destaca-se o trabalho colaborativo, podendo acontecer por meio de consultas conjuntas ou individuais pactuadas previamente com as equipes da Atenção Básica. Esse formato de consulta possibilita a troca de saberes e de práticas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos. O atendimento individualizado pelo Nasf-AB deve ocorrer apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a eAB/eSF. As complexas demandas em Saúde Mental exigem</p>	<p>M50 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece consultas compartilhadas? (II.33.17.1)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>
	<p>M51 - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece consultas individuais do profissional do Nasf-AB? (II.33.17.2)</p>	

que ambas as formas de atendimento sejam realizadas na Atenção Básica (BRASIL 2013a; BRASIL, 2014).		
2. DIMENSÃO – Ações para o cuidado em Saúde Mental		
<p>As ações de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica devem acontecer no território, de forma estratégica, possibilitando a criação de vínculo e a reinserção social, permitindo a circulação da subjetividade dos indivíduos. As ações de Saúde Mental devem promover autonomia ao ponto de modificar e qualificar do modo de vida dos usuários acompanhados, não se limitando apenas na cura de doenças. Como ações destaca-se o acolhimento, sendo a principal porta para se estabelecer o vínculo; a escuta qualificada obtendo acesso a informações importantes sobre a história de vida dos usuários e familiares qual deve permitir a construção de projetos terapêuticos; os grupos de saúde; as ações de prevenção e promoção nos dispositivos da comunidade; as práticas integrativas e complementares; os diagnósticos; as consultas e principalmente o matriciamento do Nasf-AB e de outros pontos da rede de saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2003a; JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019).</p>		
<p>I13 - Protocolos de Saúde Mental na Atenção Básica</p> <p>Os protocolos de classificação de risco em Saúde Mental são ferramentas de apoio à decisão clínica na regulação do acesso aos pontos de atenção da RAPS, tendo por objetivo estabelecer prioridades para o atendimento dos usuários de Saúde Mental que acessam o sistema de saúde. Além da definição do risco, os protocolos também atuam como apoio para que as equipes dos serviços de saúde avaliem o recurso mais adequado a cada caso, buscando qualificar os encaminhamentos e o seguimento dos pacientes</p>	<p>M52 - A eAB/eSF possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea para problemas relacionados à saúde mental/sofrimento psíquico? (II.12.7.5)</p>	<p>Sim = 2</p>
	<p>M53 - A eAB/eSF utiliza protocolos para estratificação de risco para saúde mental? (II.14.4.9)</p>	<p>Não = 0</p>
	<p>M54 - A eAB/eSF utiliza protocolos para estratificação de risco para álcool e drogas? (II.14.4.11)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>

na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013a; DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020).		
<p>I14 - Registro das demandas de Saúde Mental pelas eAB/eSF</p> <p>Um dos princípios fundamentais da Atenção Básica é a longitudinalidade do cuidado (STARFIELD, 2002). Para que essa prática ocorra de maneira eficiente é indicado que as eAB/eSF tenham registro de seus usuários, podendo assim acompanhá-los na totalidade da integralidade, acompanhar o histórico de vida, realizar avaliações, verificar indicadores, programar novas práticas de saúde, ter maior visibilidade e diversificação de informação das ações desenvolvidas (BRASIL, 2013a).</p>	M55 - A eAB/eSF possui algum registro da história de vida para cuidar dos casos de saúde mental? (II.23.4.2)	Sim = 2
	M56 - A eAB/eSF possui registro do número dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico? (ET - II.23.6)	Não = 0
	M57 - A eAB/eSF possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? (G - II.23.7)	
	M58 - A eAB/eSF possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, estabilizadores de humor, bem como os ansiolíticos de um modo geral? (G - II.23.9)	Sim = 1 Não = 0
<p>I15 - Planejamento para as demandas de Saúde Mental</p> <p>As demandas de Saúde Mental na Atenção Básica acontecem geralmente de maneira</p>	M60 - A eAB/eSF programa oferta de consultas para transtorno mental (II.14.3.6)	Sim = 2 Não = 0
	M61 - A programação da agenda da eAB/eSF está de acordo com o risco classificado para transtorno mental?	Sim = 1

<p>espontâneas. Na maioria das vezes o usuário busca por ajuda profissional quando está em crise ou seu estado de saúde já está grave. Dessa forma, sempre é importante que haja vagas disponíveis na agenda da equipe da Atenção Básica para esses casos. Pessoas com problemas com drogas geralmente não buscam ajuda espontaneamente, mas sim seus familiares. Uma maneira de acolher e criar vínculo com esses usuários é a equipe ter um plano de atuação como visitas domiciliares, agendamento rápido e eficiente para avaliação clínica específica ou multiprofissional (BRASIL, 2013a).</p>	(II.14.5.6)	Não = 0
	<p>M62 - Como são agendadas as consultas para pessoas em sofrimento psíquico (G - II.23.2)</p>	<p>Em qualquer dia da semana, em qualquer horário = 2</p> <p>Em qualquer dia da semana, em horários específicos = 1</p> <p>Demais situações = 0</p>
	<p>M63 - Normalmente, qual é o tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico na unidade de saúde? (II.23.3)</p>	<p>Atendido no mesmo dia = 1</p> <p>3 a 15 dias = 0,5</p> <p>> 15 dias = 0</p>
	<p>M64 - A eAB/eSF utiliza consulta específica com tempo maior para cuidar dos casos de saúde mental? (II.23.4.1)</p>	<p>Sim = 2</p> <p>Não = 0</p>

<p>I16 - Ações de Saúde Mental</p> <p>Dentre as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a organização de RAPS, destaca-se a oferta de tratamento na atenção primária e a organização de ações em Saúde Mental no contexto comunitário. Os problemas de Saúde Mental são crescentes na população em geral, por isso as equipes da Atenção Básica precisam incorporar e aprimorar competências de cuidado em Saúde Mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade dos usuários no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2003a).</p>	M65 - A eAB/eSF atende pessoas em sofrimento psíquico? (II.23.1)	
	M66 - A eAB/eSF realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? (II.23.8)	Sim = 2
	M67 - A eAB/eSF oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: questões referentes ao sofrimento psíquico ou de promoção de saúde mental no território? (II.26.2.8)	Não = 0
	M68 - A eAB/eSF oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: atividades em grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas? (II.26.2.9)	
	M69 - A eAB/eSF oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: o uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas? (II.26.2.11)	Sim = 1 Não = 0
	M70 - A eAB/eSF oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: o uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos? (II.26.2.12)	
	M71 - O Nasf-AB desenvolve atividades de saúde mental com a eAB/eSF? (II.33.19.1)	Sim = 2 Não = 0

	M72 - A eAB/eSF realiza ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas? (II.30.5.4)	Sim = 1
	M73 - A eAB/eSF realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de medicamentos para o acompanhamento e avaliação dos casos e diminuição das doses quando indicado? (II.23.10)	Não = 0
	M74 - A eAB/eSF realiza atendimento com profissionais de saúde mental (Nasf-AB ou outro apoio matricial)? (II.23.4.4)	Sim = 2 Não = 0
3. DIMENSÃO – Estrutura		
<p>Entende-se por estrutura da Atenção Básica o local físico e os recursos humanos. Esses devem ser compatíveis com o processo de trabalho para acolher todas as demandas do território, inclusive de Saúde Mental, dando respostas às necessidades de saúde da população garantindo a continuidade da atenção à saúde. Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, materiais e insumos suficientes para as demandas. Os espaços devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade. A estrutura deve comportar a eAB/eSF e Nasf-AB, a fim de permitir a realização de atividades individuais e coletivas em diferentes práticas de cuidado (BRASIL, 2017a).</p>		
3.1 SUBDIMENSÃO – Recursos Humanos		
<p>Recurso humano na Atenção Básica é entendido como a capacidade produtiva, representando a maior densidade tecnológica disponível para dar conta das demandas de saúde. Os recursos humanos são a base do sistema de saúde (MAEDA <i>et al.</i>, 2011). Nas eAB/eSF são compostos por Médicos, Enfermeiros, técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. No cuidado a Saúde Mental é possível estender para quase todas as profissões do campo da saúde, pois a Saúde Mental constitui uma área interdisciplinar e multiprofissional. Os atendimentos ou intervenções estão, geralmente, a cargo das equipes multidisciplinares e não de um profissional isoladamente (POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).</p>		

<p>I17 - Qualificação das eAB/eSF para as demandas de Saúde Mental</p>	<p>M75) - A eAB/eSF teve preparação para o atendimento dos usuários em sofrimento psíquico? (G – II.23.5)</p>	<p>Sim = 2 Não = 0</p>
<p>A qualificação das eAB/eSF é uma forma de manter os profissionais sempre atualizados e críticos sobre os subsídios que sustentam o exercício profissional no campo da Saúde Mental, aumentando sua “caixa de ferramentas” para o trabalho cotidiano (BRASIL, 2013a). A educação permanente é uma importante aliada nesse processo. Tem como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. A educação permanente pode impulsionar mudanças das práticas em saúde, estimulando a construção de ações mais inclusivas das populações vulneráveis, como é o caso das famílias com pessoas com sofrimento psíquico e/ou usuárias de álcool e outras drogas. A falta de capacitação para lidar com os problemas de Saúde Mental pode produzir grande sofrimento psíquico naqueles que necessitam de cuidados,</p>	<p>M76 - A eAB/eSF participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal? II.7.2.1 Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão II.7.2.2 Cursos presenciais II.7.2.3 Telessaúde II.7.2.4 RUTE – Rede Universitária de Telemedicina II.7.2.5 UNASUS II.7.2.6 Curso de Educação à Distância II.7.2.7 Troca de experiência II.7.2.8 Tutoria/preceptoria II.7.2.9 A UBS como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes e entre outros. (ES - II.7.2)</p>	<p>$\geq 6 = 1$ Entre 4 e 5 = 0,5 $\leq 3 = 0$</p>
	<p>M77) - Nos encontros com a eAB/eSF e Nasf-AB acontece discussão de temas / ações de educação permanente? (II.33.17.10)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>

comprometendo a resolutividade da Atenção Básica (COSTA <i>et al.</i> , 2017).		
<p style="text-align: center;">I18 - Apoio especializado</p> <p>Na atenção em Saúde Mental a presença de profissionais especializados como de psicólogos, farmacêuticos e médicos psiquiatras é altamente desejável para qualificar as ações da equipe de Atenção Básica no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos problemas de Saúde Mental do território (BÖING, CREPALDI, 2010; ALENCAR; CAVALCANTE; ALENCAR, 2012).</p>	M78 - Existência de farmacêutico atuando na eAB/eSF? (I.3.5.6)	
	M79 - Existência de psicólogo atuando na eAB/eSF? (I.3.5.2)	<p>Sim = 2</p> <p>Não = 0</p>
3.2 SUBDIMENSÃO – Estrutura Física		
<p>A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. O parâmetro de estrutura deve levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS (BRASIL, 2017a). As demandas de Saúde Mental, geralmente surgem por meio de atendimentos espontâneos, havendo necessidade de um espaço adequado para acolhimento dos usuários, dando importância para a privacidade e acústica do espaço. As ações em Saúde Mental na Atenção Básica englobam as atividades coletivas, demandando espaço adequado, ventilação, luminosidade e recursos materiais que favoreçam a elaboração de grupos terapêuticos. Em casos graves de sofrimento psíquico, os medicamentos são aliados para o tratamento, sendo necessário um ambiente para a dispensação de medicamento, inclusive os controlados (BRASIL, 2013a). As condições de</p>		

armazenamento precisam estarem adequadas garantindo a conservação dos produtos conforme diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.		
<p>I19 - Estrutura para acolhimento</p> <p>A estrutura das UBS deve garantir espaço para acolhimento, escuta ativa e qualificada para os casos de Saúde Mental, preferencialmente que aconteça durante todo o horário de funcionamento, garantindo a privacidade das queixas, em um espaço que os usuários se sintam acolhidos e confortáveis. Esse momento é importante para casos de Saúde Mental possibilitando criação de vínculo entre usuários e eAB/eSF, favorecendo o tratamento (MOREIRA <i>et al.</i>, 2017).</p>	<p>M80 - Existência de sala de acolhimento multiprofissional (I.10.1.6)</p>	<p>Sim = 1</p> <p>Não = 0</p>
	<p>M81 - Em que local é realizado o acolhimento? (II.12.2)</p>	<p>Sala específica = 1</p> <p>Consultório = 0,5</p> <p>Demais situações = 0</p>
	<p>M82) - O ambiente de acolhimento é compartilhado com outro? (I.10.1.6/1)</p>	<p>Não = 1</p> <p>Sim = 0</p>
<p>I20 - Sala de atividade coletiva</p> <p>As ações de Saúde Mental devem compor as atividades coletivas, que consistem como um modo de intervenção interdisciplinar, que permite construir relações sociais e cooperativas para o desenvolvimento da autonomia dos seus</p>	<p>M83 - Sala de atividades coletivas (I.10.1.27)</p>	<p>Sim = 1</p> <p>Não = 0</p>

integrantes, fortalecimento da rede de apoio comunitário e da rede de atenção, efetivando a participação popular e promovendo a educação em saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014).		
<p>I21 - Estrutura da farmácia</p> <p>Em casos graves, é comum a utilização de psicofármacos como auxiliar no tratamento de sofrimento mental. São caracterizados como agentes químicos capazes de induzir alterações de comportamento, contribuindo nos tratamentos de distúrbios de humores e pensamentos disfuncionais causadores de algum tipo de prejuízo. É ideal que as UBS realizem a dispensação de medicamentos, devendo ser armazenados em locais adequados, distribuído e acompanhando por profissionais da área (BRASIL, 2013a).</p>	M84 - Na UBS existe área de dispensação de medicamentos? (I.10.1.8)	<p>Sim = 1</p> <p>Não = 0</p>
	M85 - Na UBS existe área de fracionamento de medicamentos? (I.10.1.9)	
	M86 - Na UBS existe sala de seguimento farmacoterapêutico? (I.10.1.10)	
	M87 - Na UBS existe sala de estocagem de medicamentos? (I.10.1.11)	
	M88 - Os medicamentos estão armazenados e acondicionados adequadamente (local limpo sem presença de mofos, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)? (I.10.1.12)	
M89 - A dispensação de medicamentos controlados é descentralizada? (I.21.7)		
4. DIMENSÃO – Acesso e oferta de serviço na Atenção Básica		
<p>Por vezes, as demandas de Saúde Mental são vistas como queixas difíceis de tratamento dificultando o acesso ao serviço e aos profissionais. O acesso é um dispositivo essencial para o estabelecimento de novas relações entre usuários, profissionais e serviços de saúde e deve embasar-se na humanização do cuidado, necessita ser estratégico, acolhedor e deve facilitar a criação de vínculo. O acesso permite o uso correto dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, resultando na integralidade do cuidado trabalho (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).</p>		

<p style="text-align: center;">I22 - Acesso ao Nasf-AB</p> <p>Profissionais do Nasf-AB possuem carga horária e agenda diferente das eAB/eSF, necessitando instituir mecanismos de comunicação previamente pactuados para acesso em situações urgentes ou imprevistas e para comunicações de alterações de agenda (BRASIL, 2014).</p>	<p>M90 - Em média, quantos dias o Nasf-AB demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe? (NIII.33.9)</p>	<p>≤7 dias = 1 8 a 15 dias = 0,5 Demais situações = ruim</p>
	<p>M91 - O Nasf-AB atende as solicitações de apoio da eAB/eSF em tempo adequado? (NIII.33.10)</p>	<p>Sempre = 1 Na maioria das vezes = 0,5 Demais situações = 0</p>
<p style="text-align: center;">I23 - Divulgação das ações e serviços</p> <p>A participação de usuários com sofrimento mental nos serviços ofertados pelas eAB/eSF, na maioria das vezes, é difícil. Assim as equipes devem estabelecer formas de motivar a participação da comunidade, mecanismo criativos de divulgações dos serviços e atividades, exposto em locais visíveis no território e de preferência próximo à entrada da UBS. O Agente Comunitário de Saúde é uma peça excelente nesse processo, pois permite que os usuários conheçam sobre o funcionamento da UBS e os serviços ofertados, facilitando a participação popular (BRASIL, 2013a).</p>	<p>M92 - A(s) eAB/eSF divulga(m) para os usuários o horário de funcionamento da unidade de saúde? (I.7.1.1)</p>	
	<p>M93 - A(s) eAB/eSF divulga(m) para os usuários a listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe? (I.7.1.2)</p>	<p>Sim = 1 Não = 0</p>

<p>I24 - Turno de atendimento</p> <p>O serviço da Atenção Básica, idealmente, deveria funcionar em pelo menos dois turnos de atendimento nos cinco dias da semana. O atendimento em turnos restritos que não permitem acesso de quem trabalha, ou sem horário fixo, prejudicam o acesso aos serviços de saúde, fazendo com o usuário com problemas de Saúde Mental procure outros pontos de atenção ou outras formas de aliviar seu sofrimento, comprometendo todo o cuidado que poderia ser resolvido no nível primário da atenção (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).</p>	<p>M94 - Quais os turnos de atendimento? (I.8.1)</p>	<p>≥ 2 turnos = 1</p> <p>≤ 2 turnos = 0</p>
	<p>M95 - Funcionamento de atendimento da unidade na semana (exceto em campanhas e mutirões) (I.8.2)</p>	<p>≥ 5 dias da semana = 1</p> <p>≤ 5 dias da semana = 0</p>
	<p>M96 - Esta unidade de saúde funciona no horário do almoço (12h às 14h)? (I.8.3)</p>	<p>Sim = 1</p> <p>Não = 0</p>
	<p>M97 - Há horário fixo de funcionamento da unidade? (I.8.4)</p>	
<p>I25 - Acesso a especialista</p> <p>O tratamento para problemas de Saúde Mental deve primeiramente esgotar os recursos oferecidos na Atenção Básica. Ultrapassando esse limite as eAB/eSF devem encaminhar os usuários para profissionais especializados na rede de saúde e devem acompanhá-lo em todo tratamento (BRASIL, 2013a).</p>	<p>M98 - Quando existe a necessidade de realizar um encaminhamento dos usuários para especialista psiquiatra ou para exames, qual o tempo de espera desse usuário? (II.16.2.8)</p>	<p>\leq a 90 dias = 1</p> <p>91 a 180 dias = 0,5</p> <p>Demais situações = 0</p>
	<p>M99 - Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis?</p>	<p>A consulta é marcada na UBS</p>

	(II.14.1)	e informada na hora = 1 Marcada na UBS e a data e horário posteriormente informada ao usuário/ marcada por uma central de marcação de consulta especializada/ o usuário recebe a ficha de encaminhamento ou referência e encaminhado a um serviço indicado pela equipe de saúde = 0,5
--	-----------	---

		Demais situações = 0
<p>I26 - Acesso ao serviço da Atenção Básica</p> <p>Para que a Atenção Básica possa dar conta das demandas de Saúde Mental, é necessário que disponibilize serviços específicos durante seu funcionamento. As eAB/eSF precisam ter preparo mínimo para as demandas, como realização de consultas e diagnóstico, acompanhamento medicamentoso e oferta de grupos terapêuticos. Os profissionais precisam estar atentos a sintomas de ordem física que possuem origem na esfera mental. Tem que haver acolhimento de qualidade, tempo maior nas consultas para verificação detalhada do contexto de vida dos usuários e em casos mais imediatos e recursos disponíveis como dispensação de medicamentos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).</p>	M100 - Consulta médica disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? (I.8.6.1)	Sim = 1 Não = 0
	M101 - Consultas de enfermagem disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? (I.8.6.2)	Sim = 2 Não = 0
	M102 - Acolhimento disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? (I.8.6.4)	Sim = 1 Não = 0
	M103 - Dispensação de medicamentos pela farmácia disponíveis aos usuários durante os horários e dias de funcionamento da unidade de saúde? (I.8.6.6)	Sim = 1 Não = 0
<p>I27 - Acesso ao profissional da Atenção Básica</p>	M104 - 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?	Sim = 1 Não = 0

<p>É necessário que a agenda dos profissionais disponha encaixes de acesso para casos de urgência e emergência em Saúde Mental. Nas situações que haja a utilização de medicação controlada, requer maior atenção pelas eAB/eSF para a supervisão de possíveis efeitos colaterais e esclarecimento de dúvidas no tratamento (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).</p>	<p>(G - II.13.5)</p>	
<p>I28 - Agendamento aos usuários</p> <p>A forma de agendamento dos usuários não deve ser uma barreira no acesso ao serviço de saúde. As eAB/eSF devem acolher todas as demandas do seu território, permitindo responder às necessidades de saúde, possibilitando horários de atendimento e formas de agendamento diversos, adequados à dinâmica do território adscrito (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).</p>	<p>M105 - Como os usuários são agendados? (G - II.12.13)</p>	<p>Hora marcada = 1</p> <p>Bloco de horas = 0,5</p> <p>Demais situações = 0</p>
	<p>M106 - Como são agendadas as consultas na unidade de saúde? (G - II.12.12)</p>	<p>Em qualquer dia da semana, em qualquer horário = 1</p> <p>Em qualquer dia da semana, em</p>

		horários específicos = 0,5 Demais situações = 0
--	--	--

Fonte: elaborado pelo autor.

APÊNDICE B

Elementos da Matriz Avaliativa	Satisfatório n (%)	Regular n (%)	Insatisfatório n (%)	Média \bar{x}
D1 - PROCESSO DE TRABALHO	880 (19,0)	2369 (51,2)	1376 (29,8)	0,45
S1 - Processo de trabalho das equipes de AB	2489 (53,8)	2044 (44,2)	92 (2,0)	0,76
I1 - Planejamento do processo de trabalho	4025 (87,0)	517 (11,2)	83 (1,8)	0,93
I2 - Apoio da gestão para as eAB/eSF	3968 (85,8)	391 (8,5)	266 (5,8)	0,90
I3 - Práticas Integrativas e Complementares	27 (0,6)	252 (5,4)	4346 (94,0)	0,03
I4 – Acolhimento	4269 (92,3)	323 (7,0)	33 (0,7)	0,96
I5 - Responsabilização	396 (8,6)	1012 (21,9)	3217 (69,6)	0,20
I6 - Demanda espontânea	4109 (88,8)	99 (2,1)	417 (9,0)	0,90
I7 - Apoio Matricial	961 (20,8)	2700 (58,4)	964 (28,8)	0,50
I8 - Ações da eAB/eSF	2832 (61,2)	1442 (31,2)	351 (7,6)	0,77
S2 - Processo de trabalho do Nasf-AB	1480 (32,0)	248 (5,4)	2897 (62,6)	0,35
I9 - Apoio em situação imprevista	1442 (31,2)	10 (0,2)	3173 (68,6)	0,31
I10 - Planejamento compartilhado do processo de trabalho do Nasf-AB com a eAB/eSF	1400 (30,3)	331 (7,2)	2894 (62,6)	0,34
I11 - Ações compartilhadas	1486 (32,1)	234 (5,1)	2905 (62,6)	0,35
I12 - Realização de consultas	1172 (25,3)	641 (13,9)	2812 (60,8)	0,32
D2 - AÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	1616 (34,9)	1593 (34,4)	1416 (30,6)	0,52
I13 - Protocolos de Saúde Mental na AB	1610 (34,8)	1104 (23,9)	1911 (41,3)	0,47
I14 - Registro das demandas de Saúde Mental pelas eAB/eSF	2506 (54,2)	538 (11,6)	1581 (34,2)	0,60
I15 - Planejamento para as demandas de Saúde Mental	2163 (46,8)	1882 (40,7)	580 (12,5)	0,67
I16 - Ações de Saúde Mental	1138 (24,6)	1972 (42,6)	1515 (32,8)	0,46
D3 – ESTRUTURA	112 (2,4)	1156 (25,0)	3357 (72,6)	0,15
S4 - Recursos humanos	260 (5,6)	922 (19,9)	3443 (74,4)	0,16
I17 - Qualificação das eAB/eSF para as demandas de Saúde Mental	838 (18,1)	1149 (24,8)	2638 (57,0)	0,31
I18 - Apoio especializado	671 (14,5)	460 (9,9)	3494 (75,5)	0,19
S5 - Estrutura física	868 (18,8)	1072 (23,2)	2685 (85,1)	0,30
I19 - Estrutura para acolhimento	748 (16,2)	1637 (35,4)	2240 (48,4)	0,34
I20 - Sala de atividade coletiva	2119 (45,8)	-	2506 (54,2)	0,46
I21 - Estrutura da farmácia	1092 (23,6)	2081 (45,0)	1452 (31,4)	0,46
D4 - ACESSO E OFERTA DE SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA	3876 (83,8)	740 (16,0)	9 (0,2)	0,92
I22 - Acesso ao Nasf-AB	1385 (29,9)	306 (6,6)	2934 (63,4)	0,33
I23 - Divulgação das ações e serviços	3055 (66,1)	984 (21,3)	586 (12,7)	0,77
I24 - Turno de atendimento	4567 (98,7)	49 (1,1)	9 (0,2)	0,99
I25 - Acesso a especialista	3785 (81,8)	274 (5,9)	566 (12,2)	0,85
I26 - Acesso ao serviço	4500 (97,3)	116 (2,1)	9 (0,2)	0,99
I27 - Acesso ao profissional	3612 (78,1)	0 (0,0)	1013 (21,9)	0,78
I28 - Agendamento aos usuários	2255 (48,8)	143 (30,9)	939 (20,3)	0,64

Fonte: elaborado pelo autor.