



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Thiago Lobianco Viana

**Saúde Mental Na Atenção Primária: Análise Comparativa De Um Município Da Amazônia  
Occidental A Partir De Dados Do Terceiro Ciclo Do PMAQ-AB**

Porto Velho  
2020

THIAGO LOBIANCO VIANA

**Saúde Mental Na Atenção Primária: Análise Comparativa De Um Município Da Amazônia Ocidental A Partir De Dados Do Terceiro Ciclo Do PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado a UNIR como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Orientador: Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Linha de pesquisa: Educação em Saúde

Porto Velho

2020

## Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Fundação Universidade Federal de Rondônia

Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

---

L797 Lobianco, Thiago.

Saúde Mental na Atenção Primária: análise comparativa de um município da Amazônia Ocidental a partir de dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB / Thiago Lobianco. -- Porto Velho, RO, 2021.

38 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Saúde mental . 2.Sofrimento psíquico . 3.Atenção primária à saúde . 4.Saúde da família . I. Pereira, Dhelio Batista. II. Título.

CDU 159.91(81)

---

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça

CRB 11/905

THIAGO LOBIANCO VIANA

**Saúde Mental Na Atenção Primária: Análise Comparativa De Um Município Da Amazônia Ocidental A Partir De Dados Do Terceiro Ciclo Do PMAQ-AB.**

Dissertação aprovada em 30 de março de 2021 ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Mestrado profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) como requisito final para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família, apresentado em sua forma final.

**Banca Examinadora**

---

**Prof. Dr. Dhelio Batista Pereira**

Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

---

**Prof. Dr. Juan Miguel Vilalobos-Salcedo**

Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

---

**Prof. Dra. Priscila Perez da Silva Pereira**

Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

Porto Velho

2021

## RESUMO

O acesso e a qualidade do atendimento para o indivíduo com sofrimento psíquico tem sido assunto de grande debate desde o surgimento da Reforma Psiquiátrica, que derribou o modelo de hospitalocêntrico de assistência ao usuário com sofrimento psíquico (UcSP). A readequação do modelo assistencial demandou a necessidade de fortalecer a rede de atenção psicossocial e organização da atenção e cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Este trabalho é baseado na Avaliação Externa do terceiro ciclo do Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso na Atenção Básica (PMAQ-AB) realizado entre 2016 e 2017. Utilizando-se das variáveis do componente do Módulo II, seção 23, referentes ao cuidado ofertado para o indivíduo com sofrimento psíquico, o estudo descreve e compara os resultados das equipes do município de Vilhena-RO e as demais equipes do estado de Rondônia. O universo do estudo contemplou 309 equipes distribuídas em 51 cidades, configurando 81,7% do total das equipes existentes no ano de 2017. Os resultados demonstram que Vilhena possui uma cobertura de atendimento aos UcSP de 100% e o Estado de Rondônia de 89%. Para usuários de crack, álcool e outras drogas, o relato de atendimento está presente em 95,8% e 82,2% das equipes de Vilhena e Rondônia, respectivamente. Sobre o registro dos UcSP, Vilhena apresenta 95,8%, e para os usuários de crack, álcool e outras drogas, 70,8%, enquanto Rondônia apresenta, respectivamente, 75,1% e 65,7%. No que tange a construção de estratégia específica para o cuidado dos UcSP, encontra-se que: - consulta específica com tempo maior, em 95,8% em Vilhena e 75,1% em Rondônia; - registro da história de vida, em 70,8% em Vilhena e em 65,7% em Rondônia. Os indicadores de serviço e atividade indicam que Vilhena está acima da média do Estado na oferta de assistência a UcSP. Contudo, evidencia-se que o cuidado em saúde mental ainda se encontra fragilizado, com grandes desigualdades em sua operacionalização, negligenciando estratégias de cuidado integral e interdisciplinar. Recomenda-se maior fortalecimento nas ações de promoção e prevenção para os indivíduos que se encontram em vulnerabilidade e já sofrem com desordens psíquicas.

Palavras-chave: saúde mental, sofrimento psíquico, atenção primária à saúde, saúde da família.

## ABSTRACT

Access and quality of care for individuals with psychological distress has been a subject of great debate since the emergence of the Psychiatric Reform, which overthrew the hospital-centered model of assistance to users with psychological distress (UcSP). The readjustment of the care model demanded the need to strengthen the psychosocial care network and the organization of mental health care and care in Primary Care. This work is based on the External Evaluation of the third cycle of the Quality and Access Improvement Program in Primary Care (PMAQ-AB) carried out between 2016 and 2017. Using the variables of the component of Module II, section 23, referring to care offered to the individual with psychological distress, the study describes and compares the results of the teams in the municipality of Vilhena-RO and the other teams in the state of Rondônia. The study universe included 309 teams distributed in 51 cities, making up 81.7% of the total of existing teams in the year 2017. The results show that Vilhena has a coverage coverage of 100% for UcSP and the State of Rondônia of 89% . For users of crack, alcohol and other drugs, the service report is present in 95.8% and 82.2% of the teams in Vilhena and Rondônia, respectively. Regarding the registration of UcSP, Vilhena presents 95.8%, and for users of crack, alcohol and other drugs, 70.8%, while Rondônia presents, respectively, 75.1% and 65.7%. Regarding the construction of a specific strategy for the care of UcSP, it is found that: - specific consultation with a longer time, in 95.8% in Vilhena and 75.1% in Rondônia; - life history record, 70.8% in Vilhena and 65.7% in Rondônia. The service and activity indicators indicate that Vilhena is above the State average in offering assistance to UcSP. However, it is evident that mental health care is still fragile, with great inequalities in its operation, neglecting comprehensive and interdisciplinary care strategies. Further strengthening of promotion and prevention actions is recommended for individuals who are vulnerable and already suffer from psychic disorders care strategies, recommending greater strengthening in the promotion and prevention actions for individuals who are in vulnerability and already suffer from psychic disorders.

Keywords: mental health, psychic suffering, primary health care, family health.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Comparação na realização ou não de consultas para usuários com sofrimento psíquico em Vilhena demais equipes de RO – PMAQ-AB, 3º ciclo .....25
- Tabela 2 - Comparação se há ou não registro das pessoas com sofrimento psíquico entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO - PMAQ-AB 3º ciclo.....25
- Tabela 3 - Comparação de estratégia específica para o cuidado dos usuários com sofrimento psíquico entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO PMAQ-AB 3º ciclo .....26
- Tabela 4 - Comparação entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO que possuem registros de usuários com quadro de maior gravidade e necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção - PMAQ-AB, 3º ciclo .....27

**LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EqAB	Equipe de Atenção Básica
eAB/SB	Equipe de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEP	Instituição de Ensino e Pesquisa
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PIB	Produto Interno Bruto
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASP	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIR	Universidade Federal de Rondônia

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	12
2.1. Objetivo Geral .....	12
2.2. Objetivos Específicos .....	12
<b>3. JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	13
4.1. Histórico .....	13
4.2. Atenção Básica .....	15
4.3. Rede de Atenção a Saúde Mental .....	16
4.4. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica .....	17
<b>5. MÉTODO</b> .....	20
5.1. Delineamento do Estudo .....	20
5.2. Local da Pesquisa .....	20
5.3. População / Amostra .....	22
5.4. Critérios de Inclusão .....	22
5.5. Critérios de Exclusão .....	22
5.7. Variáveis de Análise .....	23
5.8. Análise de Dados .....	24
5.9. Aspectos Éticos .....	25
<b>6. RESULTADO</b> .....	25
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	28
<b>8. CONCLUSÃO</b> .....	31
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	333

## 1. INTRODUÇÃO

Possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e perfil resolutivo é um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica (AB). Estabelecer mecanismos que garantam acessibilidade e acolhimento presume que a unidade de saúde deva proporcionar espaço de escuta para todas as pessoas que a procurem (COSTA et al., 2012).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estruturar-se de forma a assumir sua função principal de acolher, escutar e ofertar cuidado. A capacidade de acolher, vincular, corresponsabilizar e ser resolutiva são fundamentais para a concretização da AB como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (COSTA et al., 2012).

Incorporar o cuidado em saúde mental no âmbito das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio desde o início das discussões sobre as Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira.

Dentre as diversas denominações que classificam as alterações na saúde mental temos os transtornos mentais que é descrito como uma alteração do padrão ideal de funcionamento da função psíquica, afetando o pensamento, sentimento, percepções, sensações e o modo de se relacionar com o mundo, já sofrimento mental ou psíquico está relacionado as sensações como ansiedade, tristeza e somatizações (TOLEDO, 2011).

O processo de sofrimento psíquico quando analisado da ótica do acesso e qualidade de atendimento aos indivíduos leva ao debate e à busca pela compreensão do cenário, intensificados após a instituição da reforma psiquiátrica (MARTINS RV et al., 2012).

Durante muitos anos, a pessoa com sofrimento mental era vista como alguém sem possibilidade de discernir, sendo considerada uma constante ameaça à sociedade. Com o tempo, esse sentimento pode ter contribuído para o processo de exclusão ou marginalidade da pessoa. Validou-se, dessa maneira, a concepção da inevitabilidade do isolamento como forma de tratamento (MARTINS RV et al., 2012).

Durante o século XX, a administração de psicofármacos e realização de experiências terapêuticas inadequadas, com grande capacidade de causar maior sofrimento, foi usada como meios de tratamento à pessoa em sofrimento mental. No entanto, a institucionalização e o modelo hospitalocêntrico de cuidado fortaleceram desrespeito a autonomia e a cidadania das pessoas em sofrimento (ZURITA, 2013).

As mudanças determinadas pela Reforma Psiquiátrica na esfera de cuidado, deixando o foco hospitalar centrado no modelo biomédico, para o cuidado fundamentado na atenção psicossocial prestado ao usuário no território impõe que a Atenção Primária à Saúde (APS)

esteja apta a garantir o acesso e o cuidado ao portador de sofrimento psíquico (BARROS; DIMENSTEIN, 2010).

Ofertar cuidado em saúde mental na APS é sustentar o princípio da integralidade, diretriz que rege tanto a APS quanto o Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, é importante destacar que a APS tem papel fundamental na coordenação das redes, devendo assegurar ao usuário o acesso de acordo com as suas necessidades (GIOVANELA, 2009). Conforme discutido por Barros e Dimenstein et al. (2010), essa incorporação auxiliaria o direcionamento dos fluxos da rede e incentivaria uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e AB.

Com objetivo de possibilitar tal articulação, Campos GWS (1999) sugere uma metodologia de trabalho em saúde denominada Apoio Matricial, que tem por objetivo assegurar retaguarda especializada, tanto em nível técnico-pedagógico quanto em nível assistencial, às equipes e profissionais de saúde, com a finalidade de ampliação e qualificação de suas ações. Além das atividades de apoio, também é proposta a construção de laços de cogestão no trabalho, ou seja, diálogos com base no compartilhamento de saberes e de poder (OLIVEIRA & CAMPOS, 2015).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi estabelecido em 2011 com o objetivo de promover a melhoria da qualidade da APS e ampliar seu acesso. O PMAQ-AB está em seu terceiro ciclo, a avaliação externa do Programa foi realizada entre os anos de 2016 e 2017, o cuidado em saúde mental integra a avaliação das equipes de atenção básica (EqAB), expresso em uma parte do questionário da avaliação externa (BRASIL, 2011). A avaliação dos itens referentes à saúde mental permite classificar as EqAB quanto ao nível de cuidado que oferecem.

Diante disso, aplica-se ao modelo de atenção psicossocial, em novas tecnologias em saúde, principalmente nas chamadas tecnologias leves, evidenciando resultados positivos, aumento das relações interpessoais, sendo elas mais dialógicas e sensíveis, abrindo uma possibilidade de interagir com as diferenças na sociedade (NUNES, 2007). Em consequência, estimula-se o sujeito a desenvolver sua autonomia, corresponsabilizando-o em seu tratamento, gerando um movimento de ressocialização.

Em consonância a esses preceitos, pode-se destacar três dos principais objetivos específicos do PMAQ-AB, sendo eles (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017):

1 – Utilização de estratégias para facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela AB, ampliando o impacto da mesma sobre as condições de saúde da população;

2 – Oferecer padrões de boas práticas e organização das UBS que direcionem a melhoria da qualidade da AB;

3 – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

Diante disso, este estudo visa contribuir com o tema de três maneiras:

1 - Analisar e identificar pontos positivos e negativos referentes a qualidade do acesso ao cuidado pelo indivíduo psicologicamente adoecido no município de Vilhena em comparação aos dados obtidos para o estado de Rondônia.

2 - Orientar, através de referencial teórico, estratégias competentes à gestão e coordenação do cuidado para ampliar acesso, garantindo longitudinalidade e continuidade do cuidado ao usuário com sofrimento psíquico.

3 - Apontar fragilidades presentes no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB, referente ao cuidado do indivíduo com sofrimento psíquico, como falta de questões que permitam avaliação continuada do cuidado.

Diante disso, o presente trabalho analisou os itens realizados na etapa de avaliação externa no terceiro ciclo do PMAQ-AB, fazendo estudo comparativo das variáveis componentes do Módulo II, seção 23, referentes ao cuidado ofertado para o indivíduo com sofrimento psíquico entre as Equipes de Atenção Básica (EqAB) do município de Vilhena-RO e as demais equipes do estado de Rondônia.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1.Objetivo Geral**

Analisar o desempenho obtido pelas equipes da Atenção Primária à Saúde de Rondônia, utilizando os resultados do PMAQ-AB, em seu terceiro ciclo, no Módulo II - Atenção ao Usuário com Sofrimento Psíquico.

### **2.2.Objetivos Específicos**

- Analisar a qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de Atenção Primária ao indivíduo com adoecimento psíquico no estado de Rondônia.
- Realizar análise comparativa do desempenho obtido entre as equipes de saúde participantes no município de Vilhena em relação às demais equipes de Rondônia.

### **3. JUSTIFICATIVA**

O bem-estar mental do indivíduo é considerado como um dos parâmetros para definir o que é saúde. Desordens psiquiátricas estão em voga atualmente devido aos crescentes índices de sofrimento psíquico. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, mais de 300 milhões de pessoas no mundo sofriam de depressão. Na América Latina, o Brasil é considerado o país com maior prevalência desses transtornos mentais. Globalmente, a depressão é a principal causa de incapacidade (WHO, 2017).

Além disso, no Brasil, a Atenção Psicossocial vivencia uma crise sem precedentes na história da Reforma Psiquiátrica. Por mais de 30 anos, o modelo de Atenção à Saúde Mental baseado na liberdade, respeito e autonomia de usuários com transtornos mentais progrediu lentamente, mas nunca parou. Ao longo dos anos, com base em redes de serviços de base comunitária, esses princípios se fortaleceram. No entanto, pela primeira vez desde 2016, vimos acelerar um movimento de retrocesso, através de mudanças governamentais propostas às Políticas Nacionais de Saúde Mental.

A oferta de atendimento a essa população é de suma importância e o Sistema Único de Saúde possui significativo papel para o fornecimento de atendimento, resolutividade, integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Diante disso, o papel da estratégia da saúde da família, dentro da Atenção Básica, é importante devido a articulação com a Rede de Atenção à Saúde Mental. Um ponto importante para o desempenho de tais programas é a qualidade de acesso e atenção dada aos pacientes. Assim, conhecer o desempenho das equipes da Atenção Primária à Saúde dentro do município de Vilhena e demais equipes de Rondônia, permite a compreensão do cenário de trabalho, qualidade da assistência e abrangência do cuidado ofertado a população.

Portanto, com base nos resultados da análise, será possível refletir sobre a situação da assistência a esses usuários no estado de Rondônia, além de comparar o desempenho obtido pelas diversas equipes analisadas. Por fim, compartilhar cientificamente esses dados com a comunidade, para gerar hipóteses que justifiquem as diferenças entre resultados e embasar possíveis planos de melhoria.

### **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **4.1.HISTÓRICO**

O contexto de saúde no mundo passou por diversas modificações ao longo da história.

Na década de 1970, questões relativas à saúde foram amplamente debatidas, principalmente o papel da APS, em um cenário multidisciplinar. Os eventos culminaram na elaboração de documentos como a Declaração de Alma Ata, em 1978, e a Carta de Ottawa, em 1986, os quais propunham novas diretrizes para a área da saúde, considerando os determinantes sociais da saúde e enfatizando o processo saúde/doença (RANDEMARK, 2009; WHO, 1978; 1986).

Como resultado, APS ocupou lugar de destaque, sendo considerada como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, bem como responsável pela abordagem não mais meramente assistencial, mas, sobretudo, com ações que visam a integração entre o tratamento, a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde (CAMPOS RO et al., 2011). O cuidado ofertado nesse nível de atenção tem como foco o desenvolvimento de instrumentos e conhecimentos compartilhados entre os profissionais e a comunidade (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008).

Nas últimas décadas do século XX, o sistema de saúde brasileiro enfrentou profundas mudanças, sendo estas motivadas por mudanças econômicas, políticas e sociais que ocorreram ao longo deste século. Até o final da década de oitenta, os serviços de atenção à saúde no Brasil estavam estruturados em dois modelos (BRASIL, 2006; COHN, 2009).

O primeiro configurava-se como um modelo de seguro social previdenciário, no qual participavam apenas grupos ocupacionais afiliados a certas categorias trabalhistas autorizadas a possuir seguro. O segundo baseava-se em um modelo assistencial para a população que não possuía vínculos trabalhistas formais, inspirado em uma perspectiva filantrópica e em medidas compensatórias. Diante disso, os direitos sociais estavam subordinados à inserção do indivíduo na esfera trabalhista. Predominava até então um modelo de saúde baseado na assistência médica curativa e individual, pelo entendimento da saúde como ausência de doença (BRASIL, 2006; COHN, 2009).

Entretanto, ao decorrer dos anos 70, iniciou-se o esgotamento desse modelo de saúde, passando a ser questionado. Neste sentido, surge o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, movimento que envolveu estudantes, profissionais de saúde, residentes e professores universitários, que almejava a transformação do contexto de saúde no Brasil, com a finalidade de melhorar as condições de saúde da população, fomentando uma nova forma de pensar e de atuar no âmbito da saúde (ESCOREL, 2008).

A reforma sanitária permitiu uma nova abertura política, reavivando os preceitos democráticos que influenciaram a instituir um novo modelo de atenção à saúde pautado na defesa da saúde para todos e dever do Estado (FONTES et al., 2020).

Concomitante à Reforma Sanitária e suas conquistas no âmbito dos serviços de saúde

nacionais, surgiu o movimento de Reforma Psiquiátrica, processo que surge no contexto das lutas pela redemocratização do país, a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no final dos anos 1970, o qual se torna posteriormente ator social fundamental pelas reformas na área da saúde mental (VASCONCELOS, 2009).

Essa proposta quebra o ciclo das raízes psiquiátricas brasileiras atrelada ao processo colonizador, em que as primeiras intervenções feitas pela figura do Estado em relação ao que se considerava loucura são datadas da primeira metade do século XIX devido a vinda da família real portuguesa (YASUI & BARZAGHI, 2018).

O processo político e social, a Reforma Psiquiátrica brasileira teve início a partir da crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e da eclosão dos esforços dos movimentos que lutavam pelos direitos e pela cidadania dos pacientes psiquiátricos (VASCONCELOS, 2009).

#### **4.2.ATENÇÃO BÁSICA**

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no contexto individual e coletivo, que engloba a promoção, proteção e a recuperação da saúde, com o intuito de promover uma atenção integral que impacte na situação de saúde e garanta autonomia aos usuários, fortalecendo determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Desenvolve-se com alto grau de descentralização, mantendo-se próxima da dinâmica de vida das pessoas. É operacionalizada por meio da execução de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob o contexto de trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios definidos, assumindo por elas a responsabilidade sanitária, considerando as diversas dinâmicas existentes no território onde vivem essas populações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Além disso, utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde presentes em seu território, avaliando critérios de risco, vulnerabilidade e a competência ética de que todas essas necessidades ou sofrimento devem ser acolhidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A Atenção Básica é o primeiro contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na Rede de Atenção à Saúde. É direcionada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume características e funções específicas. Trata o sujeito em sua singularidade e considera seu contexto sociocultural, buscando produzir uma atenção integral, através da

promoção de sua saúde, da prevenção, diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da limitação de danos ou sofrimentos que possam comprometer sua autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ressalta-se ainda a que a atenção básica ao promover maior acesso aos serviços de saúde pode contribuir para atenuar as dificuldades sociais, aumentar a qualidade do atendimento e reduzir os cuidados especializados, bem como focar precocemente nos problemas de saúde e na prevenção e promoção da saúde (SOARES & RAMOS, 2020).

### **4.3. REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL**

A Reforma Psiquiátrica, segundo o relatório da IV Conferência de Saúde Mental e Intersetorial, realizada em Brasília no ano de 2010, preza pela desinstitucionalização, inclusão social e assistência de atenção psicossocial, substituição dos hospitais psiquiátricos com reformas centradas no sujeito, na singularidade e na capacidade dos mesmos de protagonizar seus modos de fazer e andar na vida (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à saúde mental articulada com a Atenção Básica, configura-se como a porta de entrada, recepção e fonte primeira de escuta à saúde mental. É responsável pela promoção da saúde a partir de uma proposta de produção de cuidados mais próximos das necessidades reais da comunidade, sendo capaz de orientar novos modos de cuidado (BARONI et al, 2009; DIMENSTEIN et al, 2005), sendo primordial para a produção de um cuidado integral e de maior qualidade aos indivíduos em sofrimento mental (DIMENSTEIN et al, 2005).

A resolutividade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, é definida como a exigência de que, quando um indivíduo buscar por atendimento, ou surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até seu nível de competência, conforme a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (ROSA et al, 2011).

Esta é uma referência para avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos com o atendimento aos usuários do local, porém não é um termo absoluto, uma vez que incorpora aspectos particulares de cada local (ROSA et al, 2011). Resolutividade pode ser compreendida, portanto, como uma resposta satisfatória do serviço à pessoa que busca atendimento para sua saúde. Essa resposta não se restringe exclusivamente a cura de doenças, mas ao alívio ou redução do sofrimento, à promoção e à manutenção da saúde.

Na área da saúde mental, a avaliação da resolutividade de um serviço está associada à mensuração de resultados referentes ao conjunto de ações que este oferece. Envolve o

conhecimento dos profissionais sobre variáveis como condições sociais, clínicas, severidades dos sintomas, assim como condições de trabalho e moradia dos usuários (AMARAL & MOREIRA, 2016). Trata-se da capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, garantindo acesso aos serviços e atenção das necessidades de forma integral (BULGARELI et al, 2018).

Assim, a resolutividade envolve aspectos como: acolhimento da demanda; satisfação da pessoa em relação às suas necessidades e às tecnologias oferecidas pelo serviço para atender a complexidade do nível de atenção. Também pressupõe que os serviços devem apresentar referências especializadas, garantia de acessibilidade e disponibilidade de profissionais qualificados para acolher os usuários na adesão e continuidade do tratamento. Os aspectos culturais e socioeconômicos, do mesmo modo, precisam ser levados em conta para o alcance da resolutividade quando estes aceitam ou rejeitam a patologia, incluindo as condições financeiras para subsidiar o tratamento, conforme a necessidade (SANTOS & PENNA, 2015).

#### **4.4.PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

Compreender acerca da satisfação dos usuários do sistema de saúde é relevante para gestão do sistema, visto que, é por meio desse indicador que as decisões sobre as estratégias operacionais podem contribuir para melhoria na qualidade dos serviços prestados (MARTINS AFV et al., 2014).

A Organização Mundial de Saúde indica que os serviços de saúde passem por uma avaliação periódica com o intuito de manter o objetivo e finalidade do processo de trabalho, quando analisado do ponto de vista da saúde mental, ressalta-se a importância para a ênfase na prática colaborativa evitando o retorno ao modelo manicomial (FIDELIS et al., 2020).

A qualidade do serviço em saúde depende da integração da responsabilidade do profissional, experiência, compromisso com a organização, com o usuário e com as atividades desenvolvidas (MARTINS AFV et al., 2014). Além disso, um dos indicadores de satisfação pode ser avaliado com base na visão do usuário e dentro do programa de saúde mental, soma-se a capacidade de adesão a terapêutica, continuidade ao tratamento e a presença ao longo de todo o tratamento (SILVA et al., 2018; VIEIRA et al., 2021).

O processo de avaliação da atenção em saúde é um dos principais mecanismos para compreensão da oferta de atendimento, os resultados de análises podem basear as decisões de intervenções pelos gestores para melhoria do sistema (STEIN, 2013).

A análise da literatura sobre a avaliação de serviços de saúde demonstra que sempre existiram mecanismos de avaliação da qualidade da prática médica e dos serviços de saúde, caracterizados pela formação tanto da opinião pública quanto dos conselhos corporativos. Estes mecanismos são tão antigos quanto esses serviços.

Vuori (1982) afirma que historicamente, desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde tem sido uma das principais preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir do início da década dos anos 80.

Para Ranci Ortigosa (2000), a qualidade acarreta na presença de culturas, competências e métodos de avaliação que vêm se desenvolvendo nos últimos 40 anos, quando foi reconhecida a centralidade do cidadão e incorporada nas administrações públicas e nos sistemas de saúde.

A avaliação é a parte mais problemática da pesquisa social, pois não pretende somente compreender a ação social, mas visa, também, expressar um juízo. Neste sentido, Aguilar e Ander-Egg (1995) salientam que os juízos devem apoiar-se em dados e informações pertinentes.

Discussões atuais fomentam a reflexão sobre a necessidade da reorganização dos serviços de saúde do Brasil. O tema da qualidade e acesso dos serviços, em seus termos mais amplos, ganha relevância. Ao mesmo tempo, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos atores que operam na arena da saúde.

A avaliação em saúde pode ser classificada em duas categorias: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa baseia-se em critérios e normas, fazendo comparação da estrutura utilizada, processos desenvolvidos e recursos alcançados. A pesquisa avaliativa fundamenta-se em métodos científicos para avaliar os resultados de uma intervenção, norteando-se por critérios de pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos e rendimentos da intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

A partir da concepção de atributos da APS apresentada por Starfield (2002) muitas avaliações têm sido estruturadas com o objetivo de medir a qualidade dos serviços de APS.

Nessa perspectiva de avaliação e no contexto de melhoria dos serviços de saúde, além da criação de estratégias para atenuar desigualdades no acesso, surgem no Brasil algumas iniciativas de institucionalizar o processo avaliativo. Dentre elas inclui-se o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (MALACARNE et al., 2016).

O objetivo do programa é incentivar melhorias na qualidade, ampliando o acesso da atenção básica, no intento de aumentar a transparência e eficácia das ações que são propostas

para este nível de atenção, bem como assegurar um padrão de qualidade que possa ser comparável em nível nacional, regional e local (BRASIL, 2015).

Conforme Pinto, Sousa e Ferla (2014), o PMAQ pode ser compreendido sob vários aspectos, tais como instrumento de avaliação e acompanhamento das ações da atenção básica; dispositivo capaz de induzir mudanças tanto qualitativas quanto quantitativas das práticas dos serviços; além de estratégia de enfrentamento dos determinantes e condicionantes da atenção básica, no sentido de aprimorar a qualidade da atenção e aproximá-la do pactuado. O Programa foi instituído pela Portaria no 1654, de 19 de julho de 2011. Esta portaria foi revogada em outubro de 2015, passando a vigorar a Portaria GM no 1645 de 2 de outubro de 2015.

Suas principais características são: estabelecer parâmetros de comparação entre as equipes participantes; incentivar gestores e equipes de saúde a buscar melhoras constantes, instituindo pagamentos por cumprimento de metas; caráter voluntário para a adesão. (BRASIL, 2011a).

O processo de avaliação está subdividido em três fases:

- Fase 1 – Adesão e contratualização:

Consiste em na adesão voluntária da gestão municipal com a contratualização de indicadores para as equipes de atenção básica. É realizada pelas equipes que entraram no programa pela primeira vez a cada ciclo.

- Fase 2 – Certificação:

Compreende a avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica realizada in loco por entrevistadores representantes de instituições de ensino e/ou pesquisa. Verificação da autoavaliação realizada pelos profissionais das equipes. A certificação contempla a classificação das equipes, havendo as seguintes gradações: ótimo, muito bom, bom, regular e ruim.

- Fase 3 – Recontratualização:

Caracteriza-se pela formação de novos padrões empregados por todos os agentes envolvidos e indicadores conforme os resultados obtidos na certificação.

A avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da Atenção Básica é componente da segunda fase, tendo sido realizada entre 2016 e 2017, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com renomadas Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) com reconhecida experiência em pesquisas de avaliação e na organização e aplicação dos trabalhos de campo. As equipes de Avaliação Externa foram compostas por coordenadores de campo, supervisores e orientadores, sendo responsabilidade dessas Instituições selecionar e

capacitar essas equipes. Em Rondônia, a Universidade Federal (UNIR) foi a responsável pela seleção, capacitação e coleta dos dados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A etapa de avaliação externa caracteriza-se pelo levantamento de informações com base em instrumentos formulados pelo DAB em conjunto com as IEP e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A realização da avaliação é financiada pelo Ministério da Saúde, que arca com o custo do trabalho de campo.

Nesta fase, os entrevistadores realizaram a verificação *in loco*, conforme itinerário planejado pelas IEP e após contato com a gestão municipal. São avaliados padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão através da aplicação de questionários específicos a enfermeiros ou médicos, componentes das equipes, além de verificação de documentos comprobatórios.

## **5. MÉTODO**

### **5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de estudo observacional descritivo, com delineamento seccional e abordagem quantitativa, com análise comparativa de variáveis, realizada por meio de pesquisa documental no banco de dados da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – terceiro ciclo. Os dados foram acessados a partir das bases nacionais, disponíveis no sítio: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.

O presente estudo foi realizado com base em dados coletados *in loco* pela equipe de pesquisadores responsáveis pela aplicação dos instrumentos da Avaliação Externa, selecionados pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR) e respondidas por profissionais componentes das equipes de saúde, sendo médico ou enfermeiro. Além do questionário, a equipe de entrevistadores realizou a verificação de documentação comprobatória das ações. Foram avaliados padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão.

### **5.2. LOCAL DA PESQUISA**

Esta pesquisa foi conduzida no município de Vilhena, localizado na região Norte do Brasil. O município é conhecido como Portal da Amazônia, por estar situado na entrada da região amazônica ocidental, além disso é conhecido como cidade clima da Amazônia, por ter uma temperatura média menor que outras cidades da região norte.

Vilhena está localizada na porção sul-leste do estado, na microrregião de Vilhena e na mesorregião do Leste Rondoniense, numa área de baixo planalto, com uma pequena inclinação em direção aos cursos d'água. Localiza-se a uma latitude 12°44'26" sul e a uma longitude 60°08'45" oeste, estando a uma altitude de 612 metros. Possui uma área de 11.519 km<sup>2</sup> representando 4,8% do estado, seu território tem como limite territorial as cidades de: Espigão d'Oeste-RO, ao noroeste, Chupinguaia-RO e Pimenta Bueno-RO, ao oeste, Colorado do Oeste-RO, ao sul e Comodoro-MT, ao sudeste.

Sua população está estimada em 97.448 pessoas, segundo dados de 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo o quarto município mais populoso de Rondônia. Com o segundo melhor IDH de Rondônia, a cidade encontra-se em constante expansão nos setores da indústria, comércio e serviços, além de constituir um forte polo agrícola na região.

A cidade vem se tornando um grande polo educacional, atraindo diversos estudantes de uma macrorregião que abrange a região sul de Rondônia e norte do Mato Grosso. As principais atividades econômicas são a agricultura, pecuária, comércio e prestação de serviços. O salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos em 2017. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 22.9%.

Comparando-se com os outros municípios do estado, ocupava as posições 3 de 52 e 4 de 52, respectivamente. Em 2010, a taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos era de 6,1%, sendo a taxa de escolarização de 6 a 14 anos representada por 97,8%, o que garantia 12ª posição entre os 52 municípios do estado. O PIB per capita, em 2017, era de R\$ 26.723,64, garantindo-lhe a 8ª posição no ranking estadual.

O estado de Rondônia está situado na região Norte do país, com 52 municípios e 1.805.788 habitantes (estimativa para 2020, segundo IBGE). Apresentava um total de 368 Equipes de Saúde da Família, representando uma cobertura estimada em 67% de todo o estado, em 2016.

O Estado de Rondônia está dividido sete regiões de saúde:

1. Madeira Mamoré: Porto Velho (sede), Candeias do Jamari, Itapuã do Oeste, Guajará-Mirim e Nova Mamoré;
2. Vale do Jamari: Ariquemes (sede), Cacaúlândia, Machadinho do Oeste, Alto Paraíso, Campo Novo de Rondônia, Buritis, Monte Negro, Cujubim e Rio Crespo;
3. Região Central: Ji-Paraná (sede), e os municípios de Alvorada do Oeste, Governador Jorge Teixeira, Jaru, Theobroma, Teixeirópolis, Urupá, Mirante da Serra, Ouro Preto do Oeste, Presidente Médici, Vale do Anari, Vale do Paraíso e São Miguel do Guaporé;

4. Zona da Mata Rolim de Moura (sede), Alta Floresta do Oeste, Alto Alegre dos Parecis, Castanheiras, Novo Horizonte, Nova Brasilândia do Oeste, Santa Luzia do Oeste e Parecis;
5. Zona do Café: Cacoal (sede), Espigão do Oeste, Pimenta Bueno, Ministro Andreazza, São Felipe do Oeste e Primavera de Rondônia;
6. Cone Sul: Vilhena (sede), Cabixi, Cerejeiras, Chupinguaia, Corumbiara, Colorado do Oeste e Pimenteiras do Oeste;
7. Vale do Guaporé: São Francisco do Guaporé (sede), Costa Marques e Seringueiras.

### **5.3.POPULAÇÃO / AMOSTRA**

Rondônia continha um total de 368 Equipes de Saúde da Família no ano de 2016. A população do estudo é composta por 309 Equipes de Atenção Básica (eAB) e Atenção Básica com Equipes de Saúde Bucal (eAB/SB) participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB, distribuídas em 51 municípios do estado de Rondônia, configurando um percentual de 83,96% de participação. Vilhena registrou 72,72% de participação (n=24) das equipes de saúde do município.

### **5.4.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram incluídos no estudo:

1. Equipes de Atenção Básica participantes e certificadas pelo PMAQ-AB – terceiro ciclo;
2. Avaliação externa aplicada na própria UBS;
3. Equipes de Saúde da Família ou de Atenção Básica tradicional;
4. Equipes de Atenção Básica com profissionais de nível superior que estavam presente no período da coleta.

As equipes certificadas foram comprovadas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 874, publicada em 10 de maio de 2019. No Brasil, um total de 42.975 equipes em 5.324 municípios aderiram ao 3º ciclo do PMAQ-AB.

### **5.5.CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Foram utilizados como critérios de exclusão do estudo:

1. Equipes consideradas como desclassificadas ou insatisfatórias no processo de certificação. Incluem-se como desclassificadas as equipes que se recusarem a realizar a

Avaliação Externa ou não possuem o perfil de profissional previsto no ato da entrevista. As equipes consideradas como insatisfatórias correspondem àquelas que não alimentaram o Sistema de Informação da Atenção Básica.

2. Equipes de saúde para situações especiais, como as equipes do consultório na rua, sistema penitenciário e indígenas.

## **5.6. COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada através de pesquisa documental no banco de dados da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – terceiro ciclo, por meio do dispositivo de Avaliação Externa.

O instrumento de avaliação externa é composto por seis Módulos (I, II, III, IV, V e VI). Para este estudo foram considerados dados do Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos, grupo 23 (Atenção ao Usuário com Sofrimento Psíquico), que registra informações sobre processos de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários com transtornos de ordem psíquica.

Os dados foram acessados a partir das bases nacionais, disponíveis no sítio: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>.

## **5.7. VARIÁVEIS DE ANÁLISE**

As variáveis analisadas foram obtidas através do instrumento de avaliação externa, que é composto por seis Módulos (I, II, III, IV, V e VI). Para este estudo foram considerados dados do Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos, grupo 23 (Atenção ao Usuário com Sofrimento Psíquico), que registra informações sobre processos de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários com transtornos de ordem psíquica. As variáveis são agrupadas da seguinte maneira:

Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde.

II.23 - Atenção à Pessoa em Sofrimento Psíquico:

II.23.1 - A equipe realiza consulta para:

- Usuários em sofrimento psíquico;
- Usuários de crack, álcool e outras drogas;

- Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor;
- Não realiza esse tipo de consulta.

II.23.2 - A equipe possui registro dos usuários do território:

- Usuários em sofrimento psíquico;
- Usuários de crack, álcool e outras drogas;
- Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor;
- Não realiza registro desses usuários.

II.23.2/1 Existe documento que comprove?

- Sim;
- Não.

II.23.3 - A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?

- Consulta específica com tempo maior;
- Registro da história de vida;
- Oferta de algum tipo de atendimento em grupo;
- Atendimento com profissionais de saúde mental (NASF ou outro apoio matricial);
- Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos;

II.23.4 – A equipe possui o registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção:

- Usuário em sofrimento psíquico;
- Usuário de crack, álcool e outras drogas;
- Usuários em uso crônico de benzodiazepínicos, antipsicóticos, anti-convulsivantes, anti-depressivos, estabilizadores de humor;
- Não realiza registro desses usuários.

II.23.4/1 Existe documento que comprove?

- Sim;
- Não.

## 5.8. ANÁLISE DE DADOS

Os dados utilizados foram inicialmente organizados no programa Excel para Windows e posteriormente analisados no programa estatístico Epiinfo7 (CDC, 2020). Foram realizadas

análises de tendência central, proporções e médias. Algumas comparações entre variáveis foram feitas, usando-se o Teste Exato de Fischer, com valor de significância de 5%, ou seja, valor –  $p < 0,05$ .

## 5.9.ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de conclusão de mestrado foi elaborado seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 510/16 do CNS.

A avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa não se fez necessária, visto que a busca foi realizada por meio de fonte de dados pública.

## 6. RESULTADO

Foi realizado estudo comparativo entre as informações produzidas pelas equipes de saúde de Vilhena em relação as demais equipes do estado de Rondônia. Participaram 309 equipes distribuídas em 51 cidades, configurando 100% do total das equipes existentes no ano de 2017. Vilhena registrou um total de 24 equipes.

Foram definidos como variáveis, usuários com sofrimento psíquico, dependentes de drogas lícitas e ilícitas e usuários em uso crônico de medicações de espectro psiquiátrico. Conforme mostra a tabela 1, verificou-se que Vilhena registra maior cobertura e acesso ao atendimento para todos esses usuários em relação à média estadual. Todas as equipes em Vilhena afirmaram realizar esse tipo de consulta, enquanto há registro de equipes no estado que não oferecem acesso a esses usuários.

Tabela 1 - Comparação na realização ou não de consultas para usuários com sofrimento psíquico em Vilhena demais equipes de RO - PMAQ-AB, 3º ciclo

Grupo	Variável	Resposta	Vilhena		Rondônia		p-valor
			N	%	N	%	
A equipe realiza consulta para:	Usuários em sofrimento psíquico	Sim	24	100%	275	89%	0,1518
		Não	0	0	34	11%	
	Usuários de crack, álcool e outras drogas	Sim	23	95,8%	254	82,2%	0,1466
		Não	1	4,2%	55	17,8%	
	Usuários em uso crônico de psicotrópicos	Sim	24	100%	272	88%	0,0904
		Não	0	0	37	12%	
		Sim	0	0	25	8,1%	0,2368

Não realiza esse tipo de consulta	Não	24	100%	284	91,9%
-----------------------------------	-----	----	------	-----	-------

Fonte: VIANA TL, 2021.

Quase a totalidade das equipes em Vilhena possuem registros dos usuários citados. Em Rondônia, apesar da maior parte das equipes também realizarem e possuírem registros dessa amostra, o percentual das que não possuem é cerca de cinco vezes maior se comparado às equipes de mesma situação em Vilhena (tabela 2).

Tabela 2 - Comparação se há ou não registro das pessoas com sofrimento psíquico entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO - PMAQ-AB 3º ciclo

Grupo	Variável	Resp	Vilhena		Rondônia		p-valor
			N	%	N	%	
A equipe possui registro dos usuários do território:	Usuários em sofrimento psíquico	Sim	23	95,8%	232	75,1%	1
		Não	0	0	6	1,9%	
		Não se aplica	1	4,2%	71	23%	
	Usuários de crack, álcool e outras drogas	Sim	17	70,8%	203	65,7%	0,2237
		Não	6	25%	35	11,3%	
		Não se aplica	1	4,2%	71	23%	
	Usuários em uso crônico de psicotrópicos	Sim	21	87,5%	220	71,2%	0,6918
		Não	2	8,3%	18	5,8%	
		Não se aplica	1	4,2%	71	23%	
	Não realiza esse tipo de consulta	Sim	1	4,2%	71	23%	1
Não		23	95,8%	238	77%		

Fonte: VIANA TL, 2021.

Sobre as estratégias de atendimento específicas para este grupo de usuários, como tempo diferenciado de consulta, acompanhamento conjunto com profissionais do NASF e até a realização de grupos operativos com movimentos psicoterapêuticos, Rondônia possui uma parcela de 19,42% de equipes que não o fazem de nenhuma maneira. Já as equipes de Vilhena, em sua totalidade, registraram utilizar alguma estratégia específica para este tipo de atendimento (tabela 3).

Tabela 3 - Comparação de estratégia específica para o cuidado dos usuários com sofrimento psíquico entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO - PMAQ-AB 3º ciclo

Grupo	Variável	Resp	Vilhena		Rondônia		p-valor
			N	%	N	%	

A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos?	Consulta específica com tempo maior	Sim	23	95,8%	232	75,1%	1
		Não	0	0	6	1,9%	
		Não se aplica	1	4,2%	71	23%	
	Registro da história de vida	Sim	17	70,8%	203	65,7%	0,2237
		Não	6	25%	35	11,3%	
		Não se aplica	1	4,17%	71	23%	
	Oferta de algum tipo de atendimento em grupo	Sim	21	87,5%	220	71,2%	0,6918
		Não	2	8,3%	18	5,8%	
		Não se aplica	1	4,3%	71	23%	
	Atendimento com profissionais (NASF ou outro apoio matricial)	Sim	1	4,3%	71	23%	0,0363*
		Não	23	95,8%	238	77%	
		Não realiza nenhuma estratégia específica para cuidar desses casos	Sim	0	0	60	19,4%
		Não	24	100%	249	80,6%	
		Não se aplica	0	0	0	0	

Fonte: VIANA TL, 2021.

Usuários com sofrimento psíquico que desenvolvem agravos e apresentam algum risco ou gravidade maior para o quadro necessitam de encaminhamento para outro ponto de atenção da Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS). A tabela 4 mostra se as equipes possuem registros desses usuários que estão em contato com outro ponto de atenção.

Não há percentual máximo de registros em Vilhena ou Rondônia, evidenciando que há perda de dados referentes a esses usuários, que por vezes ficam perdidos na RAPS, sem uma correta referência e contra referência, gerando, por vezes, cronificação em seus quadros. Ainda mais preocupante são os 20,83% de equipes em Vilhena e os 35,92% em Rondônia que não realizam nenhum tipo de registro desses usuários.

Tabela 4 - Comparação entre equipes de Vilhena e do restante do estado de RO que possuem registros de usuários com quadro de maior gravidade e necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção - PMAQ-AB, 3º ciclo

Grupo	Variável	Resp	Vilhena		Rondônia		p-valor
			N	%	N	%	
A equipe possui o		Sim	19	79,2%	191	61,8%	0,1277
		Não	0	0	7	2,3%	

registro dos seguintes usuários de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção:	Usuários em sofrimento psíquico	Não se aplica	5	20,8%	111	35,9%	
	Usuários de crack, álcool e outras drogas	Sim	14	58,3%	167	54,0%	0,3275
		Não	5	20,8%	31	10,0%	
	Usuários em uso crônico de psicotrópicos	Não se aplica	5	20,8%	111	35,9%	
		Sim	17	70,8%	181	58,6%	0,6755
	Não realiza esse tipo de consulta	Não	2	8,3%	17	5,5%	
		Não se aplica	5	20,8%	111	35,9%	
		Sim	5	20,8%	111	35,9%	0,1821
		Não	19	79,2%	198	64,1%	
		Não se aplica	0	0	0	0	

Fonte: VIANA TL, 2021.

## 7. DISCUSSÃO

Verifica-se que os tópicos selecionados mostraram boa competência para comparar as EqAB que participaram terceiro ciclo do PMAQ-AB em relação à oferta de cuidados em saúde mental. Os dados são úteis para avaliação da estrutura e oferecimento dos serviços nas UBSs e podem ser relevantes para definição de estratégias para o fortalecimento das atividades e referência para orientação de prioridades. Entretanto, a comparação entre os resultados de Vilhena e de Rondônia não obteve significância estatística na maioria das variáveis. Provavelmente pelo número de Equipes não serem suficientes para demonstrar a diferença. Contudo, os dados continuam relevantes para uma análise semi-qualitativa para a gestão pública. Dessa forma, utiliza-se as diferenças relativas dentro do aspecto semi-qualitativo para desenvolvimento da discussão dos dados aqui apresentadas.

A garantia de acesso em relação a realização de consultas para esse grupo de usuários, a produção de registros dos mesmos, estratégias de atendimento específicas para este grupo de usuários, como tempo diferenciado de consulta, acompanhamento conjunto com profissionais do NASF e até a realização de grupos operativos, além do registro de informações sobre usuários com necessidade de encaminhamento para outro ponto da RAPS foram os fatores utilizados com maior evidência na classificação do nível de oferta do cuidado em saúde mental.

As variáveis selecionadas na subclassificação proposta pelo MS no questionário de avaliação externa favoreceram a avaliação dos dados e comparação entre as frequências de Vilhena e das demais EqAB de Rondônia, uma vez que as questões referentes à oferta de

cuidado em saúde mental na atenção básica presentes no instrumento se relacionavam com o tema proposto por este estudo.

Sendo assim, foi possível avaliar e comparar as EqAB nessa dimensão, porém não permite avaliar o comportamento das mesmas ao longo do tempo mostrando a longitudinalidade e continuidade do cuidado, conceitos fundamentais na qualificação da oferta do cuidado em saúde mental.

A continuidade da atenção configura a sequência visitas à unidade de saúde ou frequência de consultas, não necessariamente com o mesmo profissional ou pela mesma demanda direcionada ao manejo dos problemas ou patologia e não à atenção ao indivíduo (STARFIELD, 2002).

Já a longitudinalidade permite reconhecer o usuário enquanto sujeito, ter percepção de seu contexto e dinâmica familiar e social, hábitos de vida, permitindo o planejamento de cuidados e intervenções adequadas. Desta forma, possibilita um cuidado integral, com ações de prevenção e promoção em saúde, reduzindo agravos e a necessidade do uso de serviços de alta complexidade, mantendo a máxima autonomia do indivíduo em relação ao seu contexto de vida (LEVESQUE et al., 2013).

A avaliação das variáveis referentes a realização de consultas para esses usuários (com sofrimento psíquico, usuários de crack, álcool e outras drogas, em uso crônico de psicotrópicos), permitiu analisar um dos preceitos da APS que está em consonância com a proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a garantia do acesso universal, fundamentada na compreensão da saúde como direito, relacionada com os processos de desenvolvimento social e da determinação social da doença, garantindo cuidado integral e acesso, além de cobertura universal com base em necessidades em saúde do sujeito e populações (RIFKIN & WALT, 1986).

A efetividade dos sistemas de saúde é definida pela qualidade do acesso, ou seja, pela facilidade com que os usuários têm de conectar-se a serviços adequados às suas necessidades (LEVESQUE et al., 2013). Na Austrália, a Medicina de Família e Comunidade como primeira fora de acesso um importante agente do sucesso dos cuidados de saúde primários desempenhando várias funções centrais no sistema de saúde, como primeiro ponto de contato para a oferta de cuidado, além de assegurar e coordenar os diversos pontos de atenção à saúde (AMA, 2016).

Na Austrália, a Medicina de Família atua como “guardião” de todo sistema de saúde, já que o acesso à maioria dos cuidados especializados requer o encaminhamento de um médico

generalista (AMA, 2016). Assim, a Medicina de Família e Comunidade tem um forte papel na facilitação do acesso.

Na Inglaterra, médicos generalistas são avaliados por sua produtividade, através de um programa de pagamento por desempenho, que os monitora em relação ao atendimento e registro de dados clínicos de usuários com sofrimento psíquico. Além dos cuidados relacionados à saúde mental, os médicos devem também focar em outros fatores como aferição de pressão arterial, dosagem da glicemia e lipidograma. O cuidado não é restrito às queixas relacionadas ao sofrimento psíquico, devendo ser integral (MARTIN et al., 2014).

Observamos que em diversos países há estratégias para promover assistência no âmbito da saúde mental, o Brasil ao adentrar nesse meio possui grande significado visto que na América Latina e Caribe as taxas de prevalência de alteração na saúde mental são de 15 a 21% nos jovens (MORAIS et al., 2012).

Sobre o registro dos usuários em sofrimento psíquico pelas EqAB, verifica-se que este é um indicador fundamental para o planejamento de ações de acompanhamento. Além disso, ações de promoção em saúde mental são fundamentadas nesses indicadores, que auxiliam o processo de gestão e coordenação do cuidado quando há ausência de registros é um reflexo do despreparo da EqAB para lidar com os usuários (JUCÁ et al., 2009).

A informação em saúde é um componente fundamental para a avaliação da atenção em saúde em relação ao acesso. A informação gera um novo olhar para análise de eventos ou fenômenos, gerando significados antes invisíveis. Os registros das consultas evidenciam o acesso à assistência, pois mostram a efetividade de entrada dos usuários nos serviços de saúde e a continuidade do cuidado ofertado. Porém, registros incompletos e falta de padronização no preenchimento dos prontuários da Atenção Básica demonstram suas fragilidades (RUSCHI et al., 2017).

Sobre as estratégias específicas utilizadas para o atendimento desses usuários, verificou-se que esse subgrupo de variáveis é o que melhor descreve a qualificação das equipes que responderam positivamente em ofertar um cuidado integral a esses indivíduos. Isso porque o trabalho em grupo é estratégia prioritária na promoção de saúde e abordagem de portadores de transtornos mentais, pois favorece a convivência e compartilhamento de histórias de vida, sofrimento e superação, proporcionando crescimento do sujeito frente às vivências do outro (ROCHA et al., 2018).

Associar a oferta de grupos operativos à promoção em saúde mental na APS pode aprimorar o estabelecimento e a preservação da longitudinalidade no cuidado aos portadores de sofrimento psíquico (ROCHA et al., 2018).

Um estudo brasileiro evidenciou que os grupos de saúde mental desenvolvidos na APS potencializaram a corresponsabilização do usuário no seu tratamento, auxiliando o portador de transtorno mental a reassumir sua posição de sujeito, agente e protagonista. Constatou-se, ainda, uma identificação dos usuários com sua doença, levando-os a busca de outras alternativas de vida, que os recolocaria no contexto social e familiar como sujeitos ativos. Ficou evidente, ainda, que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) potencializam a centralidade da atenção no território e na família, configurando um arranjo favorável para práticas humanizadas de cuidado em saúde mental (MINOZZO et al., 2012).

O apoio matricial foi um dos itens com maior índice de resposta positiva entre as equipes de Vilhena e Rondônia. Isso sugere que a estratégia de fornecer retaguarda às EqAB por meio de apoio especializado é adotada em larga escala. O apoio matricial foi idealizado para atuar de forma ampla, indo desde o compartilhamento e co-responsabilização pelo cuidado até ações de educação permanente oferecidas às EqAB (ROCHA et al., 2018).

Como reflexo de todas as mudanças voltadas para a atenção básica no sentido de garantia de acesso ao usuário com sofrimento psíquico, evidencia-se que os leitos psiquiátricos passaram de 86 mil em 1991 para 35.426 em 2009 (SILVA; FERREIRA, 2010). Em 2010, foram registrados 1541 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aumento ocorrido ao longo de vinte e três anos após a implantação do primeiro CAPS (BRASIL, 2010).

No entanto, a promulgação de leis e regulamentos não garante a validade de seu conteúdo. Nem todos os serviços alternativos planejados foram implementados na prática (VIDAL et al., 2008). A cobertura dos serviços psiquiátricos comunitários e os recursos financeiros investidos nos serviços existentes ainda são insuficientes, faltam profissionais qualificados para realizar esse trabalho e não há um preparo adequado para as famílias e comunidades que convivem com portadores de transtorno mental (BARROSO; SILVA, 2011).

## **8. CONCLUSÃO**

Conclui-se, por fim, que Vilhena demonstrou bom desempenho quando comparado aos de outras equipes de Rondônia em todos os subgrupos avaliados. Porém, há muito para avançar no sentido de garantia de acesso, gestão e coordenação do cuidado ao indivíduo com sofrimento psíquico. É preciso repensar tanto as práticas de cuidado ofertadas na APS quanto a visão sobre o usuário psicologicamente adoecido, para que haja uma maior participação deste enquanto sujeito, corresponsabilizando-o em todos os processos relacionados ao seu plano terapêutico, visando o restabelecimento de sua autonomia dentro da dinâmica social e familiar.

A ausência de questões com temática longitudinal e de questões que evidenciem a oferta de continuidade do cuidado, estabelece uma limitação de análise para melhor qualificação da informação a partir dos dados. Como já citado, continuidade e longitudinalidade são fatores fundamentais na qualificação da oferta do cuidado em saúde mental, visto que refletem diretamente na construção da relação terapêutica que exige responsabilidade por parte do profissional e confiança a partir do usuário.

É imprescindível, diante desse estudo, frisar a necessidade de reforçar uma rede de cuidados integrada, com aumento da comunicação e apoio entre os diferentes pontos de atenção. É necessário buscar estratégias para perpetuar os resultados nos núcleos que conseguem promover uma boa oferta e ampliar o acesso naquelas regiões que se mostraram deficitárias, com capacitação profissional, qualificação do cuidado e educação da comunidade.

Para este fim, ressalta-se a importância da aplicação de instrumentos de avaliação, como o PMAQ, focando sempre na perspectiva da equipe de saúde e do usuário. Porém é necessário que o objetivo seja além do censitário. É preciso gerar informação a partir dos dados obtidos e, através de sua divulgação, instituir planos de intervenção para melhoria da qualidade do acesso.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, MJ; ANDER-EGG, E. **Avaliação deserviços e programas sociais**. Trad. Jaime A. Clasen; Lúcia MathildeE. Orth. Petrópolis: Vozes, 1994.
- AMARAL CEM, MOREIRA CP. **Análise dos efeitos do apoio matricial em Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia**. In: Nunes M, Landim FLP, orgs. *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano*. Salvador: EDUFBA; 2016.
- BARROS SCM, DIMENSTEIN M. **O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica**. *Estud. pesq. psicol.* 2010, 10(1). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9017>. Acesso 05.06.2018.
- BARROSO, SM; SILVA, MA. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia**. *Revista da Spagesp, [F.L]*, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011. Disponível em: [https://app.uff.br/slab/uploads/26-reforma\\_psiqui%C3%A1trica\\_brasileira\\_o\\_caminho\\_da\\_desinst.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/26-reforma_psiqui%C3%A1trica_brasileira_o_caminho_da_desinst.pdf). Acesso 24.02.2021.
- Brasil (2006). **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_do\\_SUS\\_2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf). Acesso em: 24.02.2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Saúde Mental em Dados**. 7. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 22 jul. 2011.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**. 12 dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 05.06.2019.
- 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, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 27.06.2019.
- CAÇAPAVA, J.R.; COLVERO, L.A. **Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 573-580, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7628>. Acesso 27.06.2019.
- CAMPOS, G.W.S. (1999). **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2), p. 393-403. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em 27.06.2019.
- CAMPOS, R.O. et al. **Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p.

4.643- 4.652, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>. Acesso em 27.06.2019.

CID-10. Classificação Internacional de Doenças. 10. ed. OPAS-OMS, EDUSP: 2007.

COHN, A (2009). **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões.** Cadernos de Saúde Pública, 25 (7), p. 1614-1619. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20>. Acesso em 28.06.2019.

CONTANDRIOPOULOS, AP et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: HARTZ, ZMA, org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em <http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf> . Acesso em: 02.02.2020.

ESCOREL, S. (2008). **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária.** In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.C.; Noronha, J.C. &. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-16608>. Acesso 02.02.2020.

FIDELIS, FAM *et al.* **Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental.** Escola Anna Nery, [s. l], v. 25, n. 3, p. 1-7, nov. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n4/a07v56n4.pdf>. Acesso em 17.02.2021.

FONTES, FLL *et al.* **Novas pautas de reivindicação do movimento pela reforma sanitária brasileira.** International Journal Of Health Management, [F.L], v. 2, n. 1, p. 1-17, jan. 2020; Disponível em: <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/225>. Acesso 17.02.2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil/Rondônia/Porto Velho.** 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama> . Acesso em: 08.06.20, 10:38.

JUCÁ VJS et al. **Programa saúde da família e saúde mental: impasse e desafios na construção da rede. Ciência.** Saúde coletiva. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a23v14n1.pdf>. Acesso 17.02.2021.

MALACARNE, MP. et al. **Avaliação de serviços de saúde no campo da Saúde Coletiva: uma sistematização em curso.** Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v.18, n.1, p.62-67, jan-mar, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15136/10717>. Acesso em 17.02.2021.

MARTINS RV et al. **Mental health in the north of the rio grande do sul: experience report.** Rev Enferm UFSM. 2012 Sept/Dec;2(3):553-59. Doi: <http://dx.doi.org/10.5902/217976923551>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3551/pdf>. Acesso 17.02.2021.

MARTINS, AFV *et al.* **Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais.** Rfo, [F.L], v. 19, n. 2, p. 151-158, ago. 2014. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rfo/v19n2/a03v19n2.pdf>. Acesso em 17.02.2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você; PMAQ – 3º**

**Ciclo**; 2017. Brasília (DF); 2017. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento\\_amaq\\_ab\\_sb\\_3ciclo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diario Oficial da Uniao*. 20 jul 2011; Seção 1:79.

MINOZZO, Fabiane et al. **Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde**. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-340, maio/ago. 2012. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922012000200008>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922012000200008&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922012000200008&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 18.10.2020.

MORAIS, CA *et al.* **Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens**. *Estudos de Psicologia*, [F.L], v. 17, n. 3, p. 369-371, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/04.pdf>. Acesso em 24.02.2021.

NUNES, M., JUCÁ, V. J., & VALENTIM, C.P.B (2007). **Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10):2375-2384. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esp/v23n10/12.pdf>. Acesso em 18.10.2020.

OLIVEIRA, M.M & CAMPOS, G.W.S. (2015). **Apoios matricial e institucional: analisando suas construções**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (1), p. 229-238. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt\\_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf). Acesso 18.10.2020.

ORTIGOSA, RE (2000), “**La qualità nei servizi sanitari**”, in E. Ranci Ortigosa (org.), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*. Milano: Angeli.

PINTO, H.A; SOUSA, A.N.N.; FERLA, A.A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora**. *Saúde Debate*, v.38, p.358, 372, out 2014. Edição especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>. Acesso 17.02.2021.

RANDEMARK, N.F.R. **Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representações das famílias**. 2006. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009. Disponível: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20052009-113724/pt-br.php>. Acesso 17.02.2021.

RIFKIN SB; WALT G 1986. **Why health improves: Defining the issues concerning ‘comprehensive primary health care’ and ‘selective primary health care’**, 23(6), 559–566. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3764507/>. Acesso 17.02.2021.

ROCHA, EN; LUCENA, AF. **Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar**. *Rev Gaúcha Enferm*, [F.L], v. 39, n. 1, p. 1-11, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2017-0057.pdf>. Acesso em 17.02.2021.

RUSCHI, GEC. **Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher.** Cad. saúde colet. [online]. 2018, vol.26, n.2, pp.131-139. ISSN 2358-291X. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800020229>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v26n2/1414-462X-cadsc-26-02-131.pdf>. Acesso 17.02.2021.

SANTOS TVC, PENNA CMM. **Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais.** Pensar acadêmico (Manhuaçu) [Internet]. 2015; [cited 2018 Aug 12]; 12(1):98-108. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/213/185>. Acesso 18.10.2020.

SILVA, J.; FERREIRA, E. C. **A transição de modelos em saúde mental em números, a reforma psiquiátrica e as demandas de dispositivos substitutivos: um desafio para a enfermagem.** Revista Pesquisa: Cuidado Fundamental, v. 2, Supl. 1, p. 449-451, 2010.

SILVA, SN *et al.* **Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados.** Ciência & Saúde Coletiva, [F.L], v. 23, n. 11, p. 3799-3810, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3799.pdf>. Acesso em 17.02.2021.

SOARES, C; RAMOS, M. **Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica.** Saúde Debate, [F.L], v. 44, n. 126, p. 708-724, set. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n126/708-724/pt/>. Acesso 17.02.2021.

STEIN, AT. **A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados.** Epidemiol. Serv. Saúde, [F.L], v. 22, n. 1, p. 179-181, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a19.pdf>. Acesso em 17.02.2021.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 17.02.2021.

TOLEDO LM. **O que são os transtornos mentais? Noção básica.** / Organizado por Luciano Medeiros de Toledo e Paulo Chagastelle Sabroza – Rio de Janeiro: ENPS/ Fiocruz 2011. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/TranstornosMentaisC1.pdf>. Acesso em 24/02/2021.

VASCONCELOS, E.G. (2009). **Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual.** In: Vasconcelos E.M. (org), Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, p. 27-55.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.

VIEIRA NFC *et al.* **Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica.** Interface (Botucatu). 2021; 25: e200516 <https://doi.org/10.1590/interface.200516>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/icse/2021.v25/e200516/>. Acesso em 17.02. 2021.

VUORI, HV., 1982. **Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology.** Copen-hagen: WHO, Regional office for Europe. Disponível em: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/19832701462>. Acesso 17.02.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Declaration of Alma Ata. Alma Ata: Cazaquistão, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em 17.02.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First International Conference on Health Promotion, Ottawa Charter for health promotion.** Ottawa: Canadá, 1986. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62915/WHO\\_ICP\\_HSR\\_649\\_case\\_studies.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62915/WHO_ICP_HSR_649_case_studies.pdf). Acesso em 18.02.2019.

YASUI, S; BARZAGHI, Natália. **História, Memória e Luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Convención Internacional de Salud, [F.L], v. 1, n. 1, p. 1-8, jan. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/anith/AppData/Local/Temp/792-5039-1-PB.pdf>. Acesso em 18.02.2021.

ZURITA RCM et al. **Mental health and psychiatric reform in Brazil: reflections on the basis of the philosophical reference of kuhn.** J Nurs UFPE on line. 2013 Sept; 7(9):5604-10. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i9a13680p5604-5610-2013>. Disponível em: <file:///C:/Users/anith/AppData/Local/Temp/13680-35225-1-PB.pdf>. Acesso 18.02.2021.