

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE

Alessandra Luana Schwantes

**DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES NO
CUIDADO DE USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL ACOMPANHADOS
EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Santa Maria, RS
2019

Alessandra Luana Schwantes

**DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DE
USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL ACOMPANHADOS EM UMA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Artigo de Conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família**

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS
2019

Alessandra Luana Schwantes

**DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DE
USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL ACOMPANHADOS EM UMA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Artigo de Conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família**

Aprovado em 27 de fevereiro de 2019:

Profª Drª Teresinha Heck Weiller (UFSM)
(Presidente/ Orientadora)

Mda. Évilin Costa Gueterres (UFSM)
(Coorientadora)

Profª Laís Mara Caetano da Silva (UFSM)

M.ª Vanessa Rodrigues Pucci (UFSM)

M.e Adalvane Nobres Damaceno (UFRGS) - suplente

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

A minha família, meu namorado e meus amigos por sempre estarem ao meu lado incentivando e acreditando no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Teresinha Heck Weiller e coorientadora Évilin Costa pelo conhecimento, tema escolhido e confiança que permitiram a concretização desse trabalho.

A minha família, mãe, pai, irmão e sobrinho pelo amor incondicional, força para concretização dos meus sonhos e compreensão da minha ausência em muitos momentos.

Ao meu namorado Paulo pelo amor, carinho e compreensão, tornando meus dias mais leves e especiais.

As colegas do Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (ênfase Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família), Ana, Fabiane, em especial a ex-colega Gabriela a qual iniciou esse projeto conosco, e Aline que sempre esteve ao meu lado dando forças, contribuindo com seu conhecimento e amizade.

Aos profissionais da equipe de saúde da família ESF Santos, por tornarem os dois anos da residência especiais, me acolhendo com carinho, respeitando minha atuação profissional com confiança e autonomia e também pela contribuição para o meu aprendizado.

A UFSM, universidade pública e de qualidade, na qual tive a oportunidade de iniciar e concluir minha formação superior em fonoaudiologia.

E a oportunidade de qualificar minha formação enquanto fonoaudióloga, ao integrar a Residência Multiprofissional em Saúde/Área Profissional da Saúde bem como a oportunidade política e social de aprimorar o cuidado em saúde fortalecendo e respeitando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

RESUMO

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DE USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL ACOMPANHADOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: Alessandra Luana Schwantes
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Teresinha Heck Weiller
COORIENTADORA: Évilin Costa Gueterres

Introdução: A Atenção Primária à Saúde configura-se como sendo a principal porta de entrada para o cuidado em saúde dos usuários, inclusive aos com transtornos mentais, sendo a ponte de comunicação destes com a rede de serviços locais. Os determinantes sociais contribuem à compreensão do processo saúde-doença e a necessidade de superação das iniquidades em saúde por eles geradas. **Objetivo:** identificar e relatar os determinantes sociais de saúde que incidem no processo de saúde dos usuários de saúde mental acompanhados em uma Estratégia de Saúde da Família. **Método:** trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória, de corte transversal. Para isso, foram analisados os prontuários de registro individual e coletivo do sistema de informações do serviço e posteriormente categorizadas quanto o estilo de vida dos indivíduos, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho e questões socioeconômicas culturais e ambientais gerais. **Resultados:** a população identificada compreende 283 usuários de saúde mental, sendo 77,03% (n=218) mulheres com faixa etária entre 17 e 96 anos. Quanto aos hábitos de vida, 15,19% (n=43) fazem uso de tabaco, 1,24% (n=12) de álcool e 3,88% (n=11) de substâncias psicoativas. Em relação as redes sociais e comunitárias 7,77% (n=22) participam de grupos de convivência e 0,35% (n=1) visitam familiares. A média de habitantes por domicílio variou de duas a quatro pessoas. O terceiro nível dos determinantes avaliou as condições de saúde, vida e trabalho, sendo 24,73% (n=70) de aposentados/pensionistas e 27,20% (n=77) que realizam acompanhamento em serviços especializados para saúde mental. O quarto nível sobre questões socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, a escolaridade dos usuários no território demonstrou que 21,55% (n =61) apresenta-se com ensino fundamental incompleto, 100% dos usuários têm acesso à energia elétrica e, quanto a situação geral de habitação, identificou-se predomínio da situação de moradia própria e urbana, com acesso ao domicílio por asfalto ou pavimento, e construção da casa em alvenaria ou tijolo com revestimento. As condições de saneamento dizem respeito água potável, a presença de banheiros com rede coletora ou fossa séptica e coleta de lixo. Evidenciou-se também uma defasagem de informações nos registros do sistema utilizado pelo serviço. **Conclusão:** este estudo permitiu identificar a dimensão dos determinantes de saúde no que diz respeito às condições de cuidado dos usuários de uma Estratégia Saúde da Família. Há um conjunto de fatores individuais, coletivos, políticos e culturais que influenciam na determinação do processo saúde-doença desses usuários, bem como a existência de fragilidades no controle das informações nos prontuários eletrônicos, revelando que existe no território um contingente de usuários cujo monitoramento encontra-se frágil. Essa situação implica no planejamento e prática de ações voltadas para garantia da integralidade do cuidado à população adscrita no território.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Determinantes Sociais da Saúde. Saúde Mental.

SUMMARY

SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: IMPLICATIONS IN THE MENTAL HEALTH CARE OF USERS ACCOMPANIED IN A FAMILY'S HEALTH STRATEGY

AUTHOR: Alessandra Luana Schwantes
ADVISOR: Prof^ª Dr^ª Teresinha Heck Weiller
CO- ADVISOR: Évilin Costa Gueterres

Introduction: Primary Health Care sets up the main gateway to health care for users, including those with mental disorders, and it is the bridge of communication between them and the local service network. The social determinants contribute to understanding of the health-disease process and the necessity to overcome the health inequities generated by them. **Objective:** To identify and report social determinants of health, which are related in the process of analysis of mental health indicators in a Family Health Strategy. **Methodology:** This is about a descriptive, exploratory, cross-sectional research. Hence were analysed individual and collective records of the information system of the service and later categorized according to the lifestyle of individuals, social and community networks, living and working conditions, socioeconomic and cultural issues and general environmental. **Results:** the identified population consists 283 mental health users, being 77,03% (n=218) of women aged among 17 and 96 years. As life's habits, the first level, 15,19% (n=43) make use of tobacco, 1,24% (n=12) of alcohol and 3,88% (n=11) of psychoactive substances. In relation to social and community networks, the second level, 7,77% (n=22) participate in groups of coexistence and 0,35% (n=1) visit family members. The average number of residents per residence varied from two to four people. The third level of the determinants evaluated the health, life and work conditions, being 24,73% (n=70) of retirees/pensioners and 27,20% (n=77) whose are monitoring at specialized services for mental health. The fourth level about socioeconomic and cultural issues and general environmental, the schooling of users in the territory demonstrated that 21,55% (n =61) are with elementary school incomplete, as the general situation of housing 100% of the users has access to electric power, it was identified the predominance of the situation of own and urban residence, with access to the house by asphalt or pavement, and construction of the house in masonry or brick with coating. The sanitation conditions refer to drinking water, the presence of bathrooms with a collection network or septic tank and garbage collection. It evidenced also a lack of information in the records of the system used by the service. **Conclusion:** this study allowed us to understand the dimension of Social Determinants in Health that concerns the conditions of care of the users in the Family Health Strategy. There is a set of factors individual, collective, political and cultural that influence the determination of the health-disease process of users, as well as the existence of weaknesses in the control of information in electronic records, revealing that there is a contingent of users in the territory whose monitoring is fragile. This situation implies in the planning and practice of actions aimed at guaranteeing the integrality of care to the population included in the territory.

Keywords: Primary Health Care. Social Determinants of Health. Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Níveis de Determinantes Sociais	17
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Descrição da média de idade dos usuários com demandas de saúde mental da ESF segundo microáreas.....19
- Gráfico 2 – Descrição da realização do acompanhamento em saúde mental, dos usuários com questões de sofrimento psíquico da ESF, identificados por microárea23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos determinantes de saúde: estilo de vida.....	20
Tabela 2 – Caracterização dos determinantes de saúde: redes sociais e comunitárias.....	22
Tabela 3 – Caracterização dos determinantes de saúde: questões ocupacionais.....	24
Tabela 4 – Caracterização dos determinantes de saúde: escolaridade.....	26
Tabela 5 – Caracterização dos determinantes de saúde: situação geral de habitação.....	28
Tabela 6 – Caracterização dos determinantes de saúde: cenário de moradia e saneamento.....	30

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Coleta de Dados Simplificada
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISAB	Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 MÉTODO	16
3 RESULTADOS	18
3.1 Questões individuais e de estilo de vida dos usuários.....	18
3.2 Redes sociais e comunitárias	21
3.3 Condições de saúde, vida e de trabalho.....	23
3.4 Dimensões socioeconômicas, culturais e ambientais	25
4 DISCUSSÃO	31
4.1 Questões individuais e de estilo de vida dos usuários	31
4.2 Redes sociais e comunitárias	34
4.3 Condições de saúde, vida e de trabalho.....	35
4.4 Dimensões socioeconômicas, culturais e ambientais	35
5 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal (CF/1988) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (Lei 8.080) no Brasil, impulsionou diferentes formas de fazer saúde e sua relação com diversos determinantes sociais. Essa nova concepção de saúde ampliada incorporou as dimensões individuais e coletivas, as condições de vida, bem como a relação com o ambiente e acesso aos serviços (SOUZA; ANDRADE, 2014).

A ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, através da política pública de saúde que é o SUS consolidou-se com a estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), e em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), contribuindo para a reorganização dos serviços de saúde, potencializando a descentralização e possibilitando maior autonomia aos municípios, avançando em 1994 com a Saúde da Família (SILVA GOMES, 2016).

A APS configura-se na principal porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde, permitindo, desta forma, o fortalecimento do cuidado ordenado, universal, equânime, integral e gratuito (BRASIL, 2017). Mendes (2012) o descreve em sua essência, como modelo correspondente as ações em saúde para indivíduos, famílias e coletivos, por meio da educação em saúde, promoção de hábitos alimentares saudáveis, práticas complementares de cuidado, medidas de saneamento básico, prevenção de endemias e adequado tratamento das doenças e agravos como também, disponibilidade de medicamentos à população.

A ESF ampliou e consolidou os serviços em saúde, tendo como modelo de cuidado os preconizados pela APS. Com ela, os princípios e diretrizes do SUS são fortalecidos, com trabalho multiprofissional coordenado às populações em território definido, priorizando a singularidade dos sujeitos, as suas necessidades e demandas específicas, com respeito aos determinantes e condicionantes de saúde locais (DE CAMPOS; PEREIRA, 2013). Este modelo de atenção permite a orientação do cuidado em saúde das pessoas, especialmente de usuários com questões de saúde mental na rede de atenção (BRASIL, 2011).

A Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que preconiza no seu conjunto de diretrizes a promoção da equidade no cuidado a saúde das pessoas, considerando os determinantes sociais da saúde. Considera a APS como ponto de atenção da RAPS compreendendo às ESF e ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

como componentes para o apoio matricial e cuidado integral às situações relacionadas com sofrimento e transtornos mentais (BRASIL, 2011).

O fortalecimento da APS se configura em ações de educação em saúde operacionalizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos diferentes territórios e contextos e na ampliação da resolutividade do trabalho interdisciplinar e de cobertura pelo NASF (MOROSINI; FONSECA, 2018). O matriciamento como tecnologia de cuidado potencializa ações de promoção de saúde e trabalho compartilhado entre os profissionais do NASF e ESF. No entanto, as práticas encontram-se por vezes fragmentadas, com embasamento assistencial e articulação com outros serviços fragilizada, correspondendo a dificuldade no uso de tecnologias de cuidado (NASCIMENTO et al., 2018).

As tecnologias de cuidado dizem respeito ao conjunto de ações da clínica ampliada, as quais podem ser relacionadas com práticas de educação em saúde e formação de grupos (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018), acolhimento das questões de saúde mental e de cuidado individuais (OLIVEIRA et al., 2016), práticas terapêuticas integrativas e Plano Terapêutico Singular - PTS (BARBOSA et al., 2017), entre outras condutas que vinculadas aos preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH) atendam às necessidades comunicativas, de vínculo e negociação entre profissionais e usuários de saúde (DE CAMPOS; PEREIRA, 2013).

A gestão do cuidado em saúde mental na APS evidencia limites na formação e educação permanente dos profissionais de saúde (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; BRITO, MENDES; NETO, 2018) pois muitos deles justificam despreparo para orientação do cuidado com essas demandas, resultando em insuficiente manejo, registros no sistema de informação e promoção de saúde mental nos territórios. A incipiente comunicação na RAPS consolida um saber cuidar fragmentado e o seguimento das desigualdades sociais (GERBALDO et al., 2018).

A compreensão das iniquidades em saúde a partir dos DSS pode ser complexa, uma vez que diversos aparatos sociais interferem na relação saúde-doença das populações. Essa relação pode ser descrita por fatores biopsicossociais, individuais e comunitários como também por meio do contraste existente na distribuição de renda das pessoas e sua interferência na administração de recursos próprios e econômicos sociais como acesso a transporte, saneamento, educação, moradia, e serviços de saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Os autores supracitados consideram o modelo de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), cuja disposição ocorre em diferentes níveis relacionados em microdeterminantes e macrodeterminantes. No primeiro nível encontram-se as questões individuais como, a idade, o sexo e fatores hereditários seguido das questões sobre o comportamento e o estilo de vida das pessoas.

O segundo nível diz respeito a coletividade e a rede ou grupos sociais nos quais as pessoas estão inseridas. O terceiro nível refere-se aos fatores relacionados a condições ocupacionais e de vida, bem como com a alimentação e acesso a ambientes e serviços essenciais de saúde e educação. Este nível reforça que as desigualdades sociais propiciam condições de vulnerabilidade com menor alcance aos serviços e condições mais perigosas ou estressantes de trabalho. O quarto e último nível corresponde aos macrodeterminantes, os quais exercem importante influência sobre os demais níveis, incluem-se dimensões econômicas, culturais e ambientais.

O estudo sobre determinantes sociais, contribui à compreensão do processo saúde-doença e a necessidade de superação das iniquidades em saúde por eles geradas (ROCHA; DAVID, 2015). No entanto, há uma escassez de pesquisas voltadas ao tema, com referenciais teóricos que contemplem questões de saúde mental e a orientação do cuidado disposta na APS em conformação com os condicionantes sociais do território (DRUMMOND; RADICCHI; GONTIJO, 2014).

Dessa maneira, a necessidade de compreender os determinantes sociais de saúde de usuários com questões de saúde mental na APS se justifica pela crescente demanda desta população nos territórios de saúde, especialmente pela rede de serviços apresentar-se fragmentada e pela indispensável adoção de estratégias de cuidado integral, cuja resolutividade não seja baseada na medicalização. Tem-se como questão de pesquisa: quais determinantes sociais de saúde interferem no processo saúde-doença de usuários em acompanhamento de saúde mental na área de abrangência de uma ESF?

O estudo apresenta como objetivo identificar os determinantes sociais de saúde que incidem no processo de saúde-doença dos usuários de saúde mental acompanhados em uma ESF.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, de corte transversal. Segundo Silva e Menezes (2000, p.21),

A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento.

O cenário do estudo foi em uma ESF de um município localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. A população estudada foi constituída por usuários do sistema público de saúde, pertencentes ao território supracitado, que apresentavam demandas relacionadas a saúde mental.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2018, com filtro temporal de dois anos de intervalo (2016 a 2018), junto aos registros dos prontuários do sistema de informação local Soul MV® Saúde Pública. Esse sistema, corresponde a uma plataforma de gestão e software, contratada pela SMS com vistas a organização e otimização dos relatórios de gestão. É utilizada nos serviços da APS para registro das informações individuais, coletivas, ambulatoriais, entre outras. Os dados registrados nessa plataforma são exportados para a plataforma pública E-SUS por parte dos setores da secretaria (MV INFORMÁTICA NORDESTE LTDA, 2018).

A primeira etapa a coleta de dados deu-se por meio das listas de identificação dos usuários, organizadas pelos ACSs, dos quais fazem uso de medicações controladas para tratamento de transtornos mentais. A segunda etapa constituiu-se no levantamento de informações secundárias em prontuários eletrônicos individuais e de cadastro familiar.

As informações obtidas foram organizadas em planilha do programa Excel categorizadas segundo o modelo de determinantes sociais em saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Este modelo propõe uma abordagem ampliada e categorizada em quatro níveis distintos e associados entre si, explicados na figura um.

Para o primeiro nível, foram considerados os fatores intrínsecos tais como: gênero; idade; alimentação diária; hábitos de tabagismo e alcoolismo e uso de substâncias psicoativas. No segundo nível, identificou-se informações referentes a participação em grupos comunitários, práticas de visita a familiares e número de moradores no domicílio.

Em relação ao terceiro nível foram descritas as funções ocupacionais dos usuários. Por fim, no quarto nível, foram incluídos: acesso a benefício social; escolaridade; práticas integrativas e complementares, uso de ervas medicinais; práticas religiosas; acompanhamento em saúde mental; utilização de planos de saúde; condições de habitação; disponibilidade de energia elétrica e saneamento.

Figura 1: Níveis de Determinantes Sociais



Fonte: autor. Santa Maria, 2018

Foram critérios de inclusão: ser usuário do SUS; integrar as listas de identificação; ter cadastro familiar/domiciliar no território de abrangência da ESF; apresentar informações nos registros eletrônicos referentes ao cuidado e/ou tratamento em saúde mental.

Foram excluídos do estudo usuários que não apresentavam cadastro domiciliar no território; não apresentavam questões de saúde mental ou uso de medicações específicas para o cuidado de saúde mental nos prontuários; óbitos; e duplicidade de informações.

Os dados foram analisados no software SPSS® (versão 22.0) segundo técnicas de estatística descritiva.

Este estudo respeita as diretrizes éticas em pesquisa com seres humanos (Resolução CNS nº466/2012). É parte integrante do projeto de pesquisa: O Cuidado ao Usuário em Sofrimento Mental: a Perspectiva da Atenção Primária à Saúde aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob número 3.030.422/2018.

3 RESULTADOS

Foram inicialmente identificados 399 usuários nas listas de acompanhamento dos ACS em uso de benzodiazepínicos de oito das nove microáreas de abrangência da ESF. Sendo assim, 27,56% (n=110) pertencentes a microárea um; 13,78% (n=55) à microárea dois; 11,52% (n=46) à microárea três; 12,78% (n=51) a microárea quatro; 9,27% (n=37) à microárea cinco; 9,27% (n=37) à microárea seis; 8,52% (n=34) a microárea sete e 7,26% (n=29) para a microárea nove.

Ao revisar os prontuários e cadastro familiar, identificou-se que 27 usuários não constavam nas listas de acompanhamento dos ACS em uso de benzodiazepínicos no território, totalizando 426 usuários.

Foram excluídos 143 usuários do estudo, tendo em vista que não respondiam ao objetivo, totalizando uma amostra final de 283 usuários. Destes, correspondem respectivamente as microáreas de um a sete: 17,66% (n=50); 18,37% (n=52); 11,30% (n=32); 15,19 (n=43); 11,66% (n= 33); 9,18% (n= 26); 7,42% (n=21) e da microárea nove 9,18% (n= 26).

3.1 Questões individuais e de estilo de vida dos usuários

No primeiro nível foram identificados quanto aos indicadores biológicos (perfil), predomínio de questões de saúde mental entre mulheres, correspondendo a 77,03% (n=218) da população total.

A faixa etária variou entre 17 e 96 anos, conforme as médias de idade por microáreas apresentadas no gráfico 1.

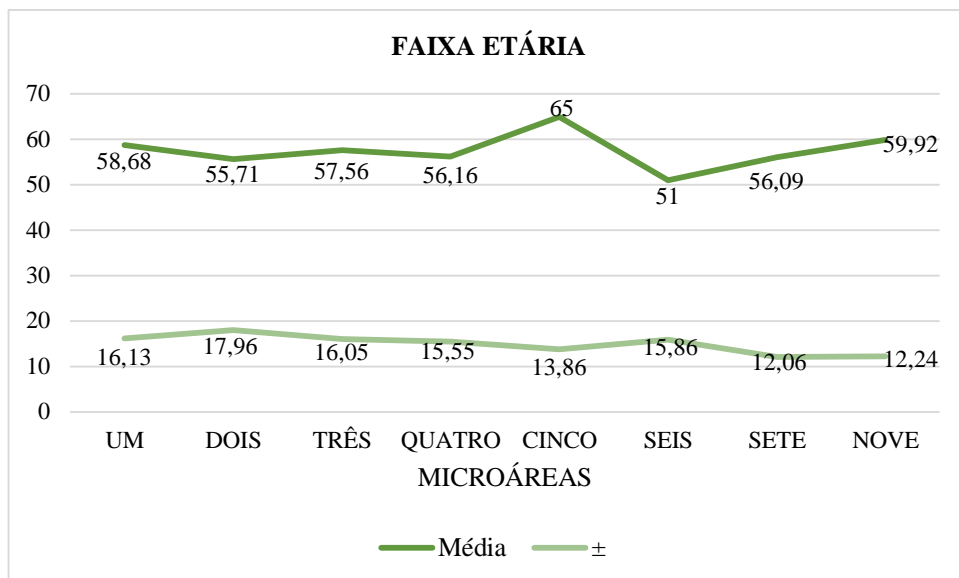


Gráfico 1 – Descrição da média de idade dos usuários com demandas de saúde mental da ESF segundo microáreas. Santa Maria, 2018.

Os dados sobre alimentação diária dos usuários não puderam ser incluídos no estudo, tendo em vista a insuficiência do seu preenchimento no sistema de informação utilizado pela unidade de saúde, bem como as informações sobre presença ou não de deficiências cognitiva/intelectual, física, visual, auditiva, entre outras, destes usuários.

Quanto ao estilo de vida, verifica-se que no total, 15,19% (n=43) fazem uso de tabaco, 1,24% (n=12) de álcool e 3,88% (n=11) de substâncias psicoativas, evidenciando um predomínio baixo de informações a respeito desse estilo de vida segundo as microáreas, conforme a tabela 1.

Tabela 1 – caracterização dos determinantes de saúde: estilo de vida dos usuários. Santa Maria, 2018.

Microárea		Um (n= 50)	Dois (n= 52)	Três (n= 32)	Quatro (n=43)	Cinco (n=33)	Seis (n=26)	Sete (n=21)	Nove (n= 26)
Tabagismo	Sim	4(2)	15,4(8)	9,4(3)	23,3(10)	12,1(4)	11,5(3)	23,8(5)	30,8(8)
	Não	24(12)	50(26)	53,1(17)	51,2(22)	57,6(19)	19,2(5)	52,4(11)	23,1(6)
	Não consta	70(35)	32,7(17)	37,5(12)	23,3(10)	27,3(9)	61,5(16)	9,5(2)	34,6(9)
	Ex/abstinência				2,3(1)	3(1)	7,7(2)	14,3(3)	11,5(3)
	Passivo	2(1)	1,9(1)						
Alcoolismo	Sim	2(2)	3,8(2)	3,1(1)	4,7(2)	3(1)			15,4(4)
	Não	22(11)	57,7(30)	59,4(19)	60,5(26)	60,6(20)	23,1(6)	81(17)	34,6(9)
	Não consta	76(38)	38,5(20)	37,5(12)	34,9(15)	33,3(11)	76,9(20)	9,5(2)	42,3(11)
	Ex/abstinência					3(1)		4,8(1)	3,8(1)
	Social							4,8(1)	3,8(1)
Substâncias psicoativas	Sim	2(1)	3,8(2)	3,1(1)	7(3)	3(1)			11,5(3)
	Não	16(8)	50(26)	59,4(19)	51,2(22)	54,5(18)	19,2(5)	76,2(16)	30,8(8)
	Não consta	82(41)	46,2(24)	37,5(12)	41,9(18)	42,4(14)	80,8(21)	23,8(5)	57,7(15)
Total		100(50)	100(52)	100(32)	100(43)	100(33)	100(26)	100(21)	100(26)

Dados em análise de frequência %(N) Legenda: n – número de usuários

3.2 Redes sociais e comunitárias

No segundo nível de análise dos determinantes sociais que trazem as redes sociais e comunitárias, foi possível identificar fragilidades entre os serviços e comunidade estudada, visto que apenas três das oito microáreas analisadas apresentam informações referentes a participação dos usuários em atividades coletivas e uma microárea apresenta informações sobre convívio familiar, o que demonstra que 7,77% (n=22) participam de grupos de convivência e 0,35% (n=1) visitam familiares, conforme Tabela 02.

Em relação a configuração familiar, dada pelo número de moradores nas residências cadastradas no território, identificou-se o predomínio em média de duas a quatro pessoas por domicílio. Sendo nas microáreas um, dois, três e nove, igual a quatro; três; dois; e três e nas microáreas quatro, cinco, seis e sete, a média por domicílio igual a três; três; dois e dois respectivamente.

Tabela 2 – caracterização dos determinantes de saúde: redes sociais e comunitárias. Santa Maria, 2018.

Microárea		Um (n= 50)	Dois (n= 52)	Três (n= 32)	Quatro (n=43)	Cinco (n=33)	Seis (n=26)	Sete (n=21)	Nove (n= 26)
Participa de Grupo Comunitário	Sim			3,1(1)	44,2(19)			9,5(2)	
	Não	6(3)	48,1(25)	21,9(7)	23,3(10)	57,6(19)	3,8(1)	71,4(15)	15,4(4)
	Não consta	94(47)	51,9(27)	75(24)	32,6(14)	42,4(14)	96,2(25)	19(4)	84,6(22)
Visita Familiares	Sim							4,8(1)	
	Não	2(1)	3,8(2)	3,1(1)	11,6(5)	3(1)			
	Não consta	98(49)	96,2(50)	96,9(31)	88,4(38)	97(32)	100(26)	95,2(20)	100(26)
Total		100(50)	100(52)	100(32)	100(43)	100(33)	100(26)	100(21)	100(26)

Dados em análise de frequência %N Legenda: n – número de usuários

3.3 Condições de saúde, vida e de trabalho

O terceiro nível dos determinantes avaliou as condições de saúde, vida e trabalho. Foram identificadas informações acerca das atividades laborais e/ou condições de renda, predominando ausência de atividades laborais 7,06% (n= 20) aposentado/pensionista 24,73% (n=70), assalariado e com vínculo formal 7,77% (n= 22) ou não de trabalho, conforme a tabela 3.

Nos prontuários analisados não foi possível identificar informações acerca do histórico atual ou progresso de usuário em situação de rua, decorrente da fragilidade do preenchimento dos dados nos registros.

Em relação a longitudinalidade do cuidado em saúde mental, identificou-se que o acompanhamento em serviços especializados ocorre com 27,20% (n= 77) dos usuários, estando 1,06% (n= 3) em fila de espera na rede de atenção. No entanto, 30,74% (n= 87) não estão em acompanhamento e em 40,98% (n= 116) dos prontuários não consta este tipo de informação. O gráfico 2 descreve esses dados específicos nas microáreas.

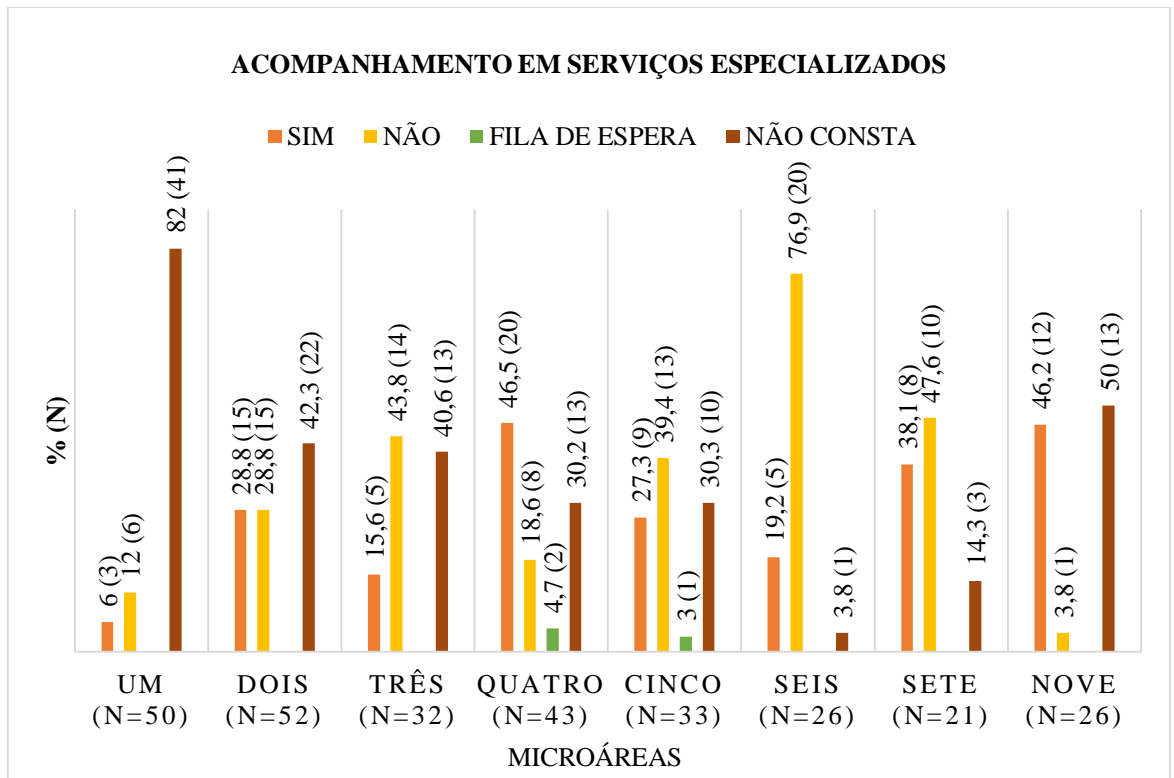


Gráfico 2 – Descrição da realização do acompanhamento em saúde mental, dos usuários com questões de sofrimento psíquico da ESF, identificados por microárea. Santa Maria, 2018.

Tabela 3– caracterização dos determinantes de saúde: questões ocupacionais. Santa Maria, 2018.

Microárea	Um (n= 50)	Dois (n= 52)	Três (n= 32)	Quatro (n=43)	Cinco (n=33)	Seis (n=26)	Sete (n=21)	Nove (n= 26)
Não trabalha	2(1)	13,5(7)	12,5(4)	9,3(4)	9,1(3)			3,8(1)
Aposentado/pensionista	10(5)	15,4(8)	9,4(3)	34,9(15)	42,4(14)	30,8(8)	42,9(9)	30,8(8)
Assalariado com carteira de trabalho		13,5(7)		11,6(5)	9,1(3)		23,8(5)	7,7(2)
Assalariado sem carteira de trabalho	4(2)	1,9(1)						3,8(1)
Estudante				2,3(1)				
Do lar				9,3(4)	9,1(3)			
Autônomo com previdência				2,3(1)				
Autônomo sem previdência		3,8(2)	3,1(1)	4,7(2)		3,8(1)		
Outra				9,3(4)	18,2(6)	15,4(4)	14,3(3)	
Não consta	84(42)	50(26)	75(24)	11,6(5)	12,1(4)	50(13)	19,0(4)	53,8(14)
Desempregado		1,9(1)		4,7(2)				
Total	100(50)	100(52)	100(32)	100(43)	100(33)	100(26)	100(21)	100(26)

Dados em análise de frequência %*(N)* Legenda: n – número de usuários

3.4 Dimensões socioeconômicas, culturais e ambientais

Em relação a dimensão socioeconômica, foi possível identificar que no território estudado somente em duas microáreas constam informações de usuários com benefício social, correspondendo a 1,41% dos usuários estudados.

A utilização ou não de planos de saúde também permitiu levantar informações sobre o cuidado em saúde dessa população. O uso desse serviço foi identificado em 14,13% (n= 40) dos prontuários, mas 27,56% (n= 78) e 58,30% (n= 165) não possuem plano ou não consta a informação, respectivamente.

Referente a escolaridade dos usuários no território, dos 283 usuários 21,55% (n=61) não concluiu a formação básica de ensino, ou seja, possui ensino fundamental incompleto, ou foi apenas alfabetizado como no caso de 1,41% (n=4). Dos participantes, possuem formação básica completa 8,48% (n=24), em Educação para Jovens e Adultos (EJA) 1,76% (n=5) e 0,35% (n=1) em supletivo.

Concluíram o ensino médio regularmente 3,18% (n=9), em EJA 1,06% (n=3), em médio especial 0,35% (n=1) e em médio científico 6,36% (n=18) e com formação superior completa 2,82% (n=8) dos usuários que participaram deste estudo. Não possuem escolaridade 2,47% (n=7) da população e 50,17% (n=142) dos dados no sistema de informações não informaram ou não constava o preenchimento a respeito da escolaridade do usuário. A tabela 4 apresenta os níveis de escolaridade segundo a microárea.

Tabela 4 - Caracterização dos determinantes de saúde: escolaridade. Santa Maria, 2018.

Microárea	Um (n= 50)	Dois (n= 52)	Três (n= 32)	Quatro (n=43)	Cinco (n=33)	Seis (n=26)	Sete (n=21)	Nove (n= 26)
Alfabetizado	2(1)	1,9(1)		2,3(1)				3,8(1)
Fundamental incompleto	10(5)	26,9(14)	15,6(5)	37,2(16)	45,5(15)	7,7(2)	4,8(1)	11,5(3)
Fundamental completo	2(1)	3,8(2)	6,3(2)	18,6(8)	9,1(3)	3,8(1)	9,5(2)	19,2(5)
Fundamental supletivo				2,3(1)				
Fundamental EJA	2(1)	5,8(3)					4,8(1)	
Médio completo	2(1)	13,5(7)	3,1(1)					
Médio completo EJA		1,9(1)		2,3(1)				3,8(1)
Médio especial		1,9(1)						
Médio científico				11,6(5)	3(1)	3,8(1)	52,4(11)	
Superior completo				4,7(2)	3(1)	3,8(1)	9,5(2)	7,7(2)
Nenhum		1,9(1)	9,4(3)	2,3(1)	3(1)		4,8(1)	
Não consta	82(41)	42,3(22)	65,6(21)	18,6(8)	36,4(12)	80,8(21)	14,3(3)	53,8(14)
Total	100(50)	100(52)	100(32)	100(43)	100(33)	100(26)	100(21)	100(26)

Dados em análise de frequência %*(N)* Legenda: n – número de usuários

Com relação às práticas integrativas e complementares (PIC), uso de ervas medicinais e práticas religiosas não foi possível de identificar, tendo em vista a manifestação da não realização de tais atividades por parte dos usuários, bem como a falta de preenchimento a respeito no sistema de informações local.

Em relação às questões ambientais gerais, foi rastreada a disponibilidade de acesso as redes de distribuição de energia elétrica, sendo constatada sua presença em 100% dos lares cadastrados. Referente a situação geral de habitação, identificou-se predomínio da situação de moradia própria e urbana, com acesso ao domicílio por asfalto ou pavimento, e construção da casa em alvenaria ou tijolo com revestimento. Os valores encontram-se descritos na tabela 5, segundo a microárea.

Tabela 5 - Caracterização dos determinantes de saúde: situação geral de habitação dos usuários. Santa Maria, 2018.

Microárea		Um (n= 50)	Dois (n= 52)	Três (n= 32)	Quatro (n=43)	Cinco (n=33)	Seis (n=26)	Sete (n=21)	Nove (n= 26)
Situação de moradia	Própria urbana	100(50)	78,8(41)	93,8(30)	100(43)	87,9(29)	30,8(8)	28,6(6)	57,7(15)
	Alugada		17,3(9)	3,1(1)		12,1(4)	3,8(1)	14,3(3)	3,8(1)
	Cedida		3,8(2)						
	Própria rural								
	Ocupação								
	Arrendado urbano						42,3(11)	38,1(8)	
Financiado urbano						23,1(6)	14,3(3)	38,5(10)	
	Não consta			3,1(1)			4,8(1)		
Acesso ao Domicílio	Asfalto/pavimento	52(26)	76,9(40)	96,9(31)	93(40)	42,4(14)	96,2(25)	85,7(18)	73,1(19)
	Chão batido	30(15)	17,3(9)		4,7(2)	57,6(19)			
	Outro	2(1)	5,8(3)						
	Não consta	16(8)		3,1(1)	2,3(1)		3,8(1)	14,3(3)	26,9(7)
Construção da casa	Alvenaria/tijolo com revestimento	72(36)	82,7(43)	81,3(26)	86(37)	75,8(25)	96,2(25)	76,2(16)	46,2(12)
	Alvenaria tijolo sem revestimento				4,7(2)				
	Madeira aparelhada	4(2)	11,5(6)	12,5(4)	2,3(1)	18,2(6)		9,5(2)	
	Outra								
	Não consta	24(12)	5,8(3)	6,3(2)	07(3)	6,1(2)	3,8(1)	14,3(3)	53,8(14)
Total		100(50)	100(50)	100(32)	100(43)	100(33)	100(26)	100(21)	100(26)

Dados em análise de frequência %(N) Legenda: n – número de usuários

A Tabela 06, por sua vez, descreve o cenário de moradia dos usuários do território estudado, em relação ao acesso a água potável (clorada) com abastecimento por rede encanada; presença de banheiros com rede de esgoto coletora ou por fossa séptica; e também acesso aos serviços de coleta de lixo, característico de reordenamento territorial urbano.

Tabela 6 - caracterização dos determinantes de saúde: cenário de moradia e saneamento. Santa Maria, 2018.

Microárea		Um	Dois	Três	Quatro	Cinco	Seis	Sete	Nove
Abastecimento de água	Encanada	80(40)	96,2(50)	87,5(28)	83,7(36)	100(33)	88,5(26)	85,7(18)	73,1(19)
	Poço Não consta	20(10)	3,8(2)	6,3(2)	16,3(7)		11,5(3)	14,3(3)	26,9(7)
Tratamento de água	Clorada	66(33)	96,2(50)	93,8(30)	83,3(35)	48,5(16)	61,5(16)	9,5(2)	72(18)
	Filtrada	6(3)				9,1(3)	26,9(7)	61,9(13)	
	Sem tratamento	8(4)			2,4(1)	39,4(13)			
	Não consta	20(10)	3,8(2)	6,3(2)	14,3(6)	3(1)	11,5(3)	28,6(6)	28(7)
Rede de esgoto	Rede coletora	4(2)	11,5(6)	6,3(2)	30,2(13)	90,9(30)	76,9(20)	76,2(16)	38,5(10)
	Fossa séptica	54(27)	86,5(45)	78,1(25)	51,2(22)	9,1(3)		9,5(2)	34,6(9)
	Céu aberto	12(6)			14(6)		3,8(1)		
	Outra	26(13)							
	Não consta	4(2)	1,9(1)	15,6(5)	4,7(2)		19,2(5)	14,3(3)	26,9(7)
Coleta do lixo	Sim	70(35)	92,3(48)	81,3(26)	97,7(42)	97(32)	84,6(22)	81(17)	69,2(18)
	Não	30(15)			2,3(1)	3(1)			
	Não consta		7,7(4)	18,8(6)			15,4(4)	19(4)	30,8(8)
Total		100(50)	100(52)	100(32)	100(43)	100(33)	100(26)	100(21)	100(26)

Dados em análise de frequência % (N) Legenda: n – número de usuários

4 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou um número elevado de usuários do SUS no âmbito de uma ESF que apresentam condições relacionadas a saúde mental. Estes dados vão ao encontro de estudos que avaliaram a prevalência de usuários com transtornos mentais assistidos por ESF e que resultara na necessidade de investimentos nesses territórios com o intuito de envolver os profissionais dos diferentes níveis de atenção em ações de orientação do cuidado (MOREIRA et al., 2011).

Barbosa e outros (2017) apontam que as estratégias de cuidado à saúde mental utilizadas pelas ESF não devem ser consideradas uniformes, uma vez que são identificadas diferenças formativas e empíricas entre os profissionais. Essas equipes precisam desenvolver no seu cotidiano de trabalho ações como o acolhimento às demandas de saúde mental, práticas terapêuticas integrativas de cuidado e garantir o desenvolvimento do PTS. O uso dos serviços de saúde, ainda são voltados para o cuidado medicamentoso desses usuários, fragilizando o cuidado integral e resolutivo, preconizados pela RAPS.

A RAPS visa o cuidado qualificado à saúde mental, por meio de perspectivas de humanização, articulação e integração nos diferentes níveis de cuidado em saúde (atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, entre outras) sob a ótica do SUS (BRASIL, 2011).

No entanto, o cuidado em saúde mental preconizado pela RAPS necessita qualificação e melhor desenvolvimento, principalmente no que diz respeito a sua gestão, uma vez que é evidenciada carência de controle de registros, oferta de ações e protocolos específicos que orientem a atuação dos profissionais nos diferentes setores de saúde (GERBALDO et al., 2018).

4.1 Questões individuais e de estilo de vida dos sujeitos

No que se refere aos fatores individuais dos usuários neste estudo, foi possível identificar que as questões de saúde mental abrangem o sexo feminino nos diferentes ciclos de vida (desde a adolescência a velhice). Estudos identificaram que as questões de saúde mental estão mais presentes na idade adulta em média aos 51 anos (TAVARES; DE SOUZA; PONTES, 2013), na faixa etária de 41 a 50 anos (MOURA, 2014) e em idades superiores a 35 anos (GONÇALVES, D.A. et al., 2014).

Em um estudo de gênero e cuidados em saúde, a prevalência do gênero feminino se justifica devido concepções culturais de cuidado com o corpo, historicamente voltadas as necessidades fisiológicas e reprodutivas. Os homens apresentam questões comportamentais de negação ao cuidado em saúde mais prevalentes do que as mulheres. Essas concepções persistem, devido dificuldades no atendimento aos usuários, principalmente ao considerar a distinção de gênero como preditor da necessidade de cuidado, historicamente voltada para o feminino (COSTA-JUNIOR; COUTO; MAIA 2016).

O estilo de vida dos usuários do território, descritos nesse estudo consideram hábitos de uso do tabaco, álcool e dependência química, os quais foram identificados como uma demanda pouco referida nos registros dos prontuários dos usuários, concordando com a pesquisa de Silva Junior (2016) na qual a pluralidade estudada nega o uso dessas substâncias. Outro estudo (PAULA et al., 2014) descreve que há um elevado uso de drogas no território de saúde, mas esta demanda não chega até a APS. A identificação dos casos ocorre a partir do elo comunicativo vivenciado com as famílias e não propriamente com os usuários envolvidos. Isso permite justificar fragilidades nas abordagens de cuidado sobre a problemática em questão, uma vez que os profissionais de saúde temem possíveis reações de desconfiança da população.

Queiroz e colaboradores (2014) discutem sobre a prevalência do uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas devido questões psicológicas e de determinantes ambientais. E reforçam que o cuidado em saúde mental nos territórios de saúde parte de uma dicotomia conservadora, de medicalização e privação de liberdade, como também de estratégias de redução de danos e promoção de saúde. Essa divergência de certo modo fragiliza o trabalho em equipe, uma vez que dificulta a tomada de decisões e realização de ações de cuidado mais amplas.

O delineamento de condições individuais dos usuários como a presença de deficiências (NOGUEIRA et al., 2016) e de hábitos alimentares no escopo da APS, configuram-se importantes para compreensão do perfil epidemiológico e dos determinantes sociais de saúde nos territórios (LINDEMANN; OLIVEIRA; MENDOZA-SASSI, 2016). No presente estudo, houve privação na coleta dessas informações, devido dificuldades encontradas no adequado preenchimento dos prontuários eletrônicos dos usuários.

Em estudo prévio (CARRENO et al., 2015) também foi identificada fragilidade no uso do sistema de informações. Os autores reportam que o sistema é importante ao desempenho ocupacional dos trabalhadores de saúde, uma vez que colabora no diagnóstico situacional da saúde dos territórios. No entanto, são observadas falhas no processo de educação permanente às ESF, justificado pela prática pouco qualificada para o preenchimento das variáveis e

planejamento de ações de cuidado. Além disso, existem limitações na qualificação do trabalho em saúde, pois itens da plataforma de informações sobre meio ambiente e saúde mental dos usuários cadastrados nos territórios das ESF não são completas.

Os bancos de dados nacionais, são alimentados com informações provenientes do Sistema de Informação de Saúde da Atenção Básica (SISAB). Sua estratégia de operacionalização se dá pelo E-SUS AB, composto de sistema de software duplo para coleta de dados simplificado e prontuário eletrônico do cidadão, compondo assim, sistema unificado de informatização para as ações e serviços de saúde. Trata-se de um serviço público e gratuito que visa contribuir para que os blocos de financiamento e a transferência dos recursos federais sejam condizentes com a realidade das regiões de saúde (BRASIL, 2013).

Nesta pesquisa, os dados utilizados foram extraídos de um sistema privado de software, onde os profissionais atuantes realizam seus registros ocupacionais. Estes dados são analisados por meio de relatórios e, posteriormente enviados à gestão e sistema público de informação. Em contrapartida, Martins et al. (2018) experiência sobre o descaminho dos problemas das comunidades, decorrente de manejo inadequado das informações e da rede, desconhecimento técnico dos equipamentos de informática e até por desvalorização da efetiva comunicação entre profissionais e usuários.

Medeiros e colaboradores (2017) acrescentam que as dificuldades quanto o adequado uso do sistema de informações, é referida por profissionais de ensino superior, nas consultas individuais devido subnotificações dos diagnósticos, e por profissionais de nível médio. Ainda, o cadastramento e recadastramento familiar, realizado por ACS, abrange um conjunto amplo de informações e provoca, por vezes, uma comunicação intimidadora entre profissional e usuário de saúde, somando mais falhas na completude dos dados enviados ao sistema.

Para isso, com o objetivo de melhorar o conjunto de informações à APS, há uma estratégia, denominada de Coleta de Dados Simplificada (CDS) que orienta os profissionais sobre o preenchimento adequado das informações provenientes do Cadastro Individual e Domiciliar, Ficha de Atendimento Individual/Ficha Complementar, Ficha de Visita Domiciliar, entre outras, auxiliando dessa maneira no levantamento e monitoramento dos determinantes de saúde dos territórios e conseqüentemente no envio à base de dados nacional e planejamento de ações de cuidado (BRASIL, 2016).

4.2 Redes sociais e comunitárias

O atual estudo concorda com a literatura compulsada (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017) em relação a rede familiar e comunitária dos usuários com questões de saúde mental, por apresentarem fragilidades no elo humano comunitário. Os autores descrevem que relações de convívio com os familiares é restrita a atividades cotidianas para alimentação e higiene pessoal. No lar, a interação não é observada, pois os usuários com questões relacionadas à saúde mental sentem-se restritos à sua própria mente, caracterizada como doente. No entanto, a integração social se faz presente, sendo vivenciada por meio do vínculo com profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nas ações de cuidado em saúde mental e na Atenção Básica para a saúde geral, evidenciando um cuidado em saúde fragmentado por profissionais e familiares.

Vieira et al. (2017) concorda que o acompanhamento em saúde mental na APS é mais fragilizado devido dificuldades de se obter uma relação linear de amparo entre sujeitos, famílias e demais serviços. Em contrapartida, é nesse serviço que são desenvolvidos os potenciais de cuidado a partir do vínculo e elo comunitário, assim como o desenvolvimento do matriciamento às ESF, que mobilizam esse processo de expansão dos territórios de cuidado. A coparticipação no processo de cuidado é entendida no estudo de Oliveira e colaboradores (2016) por meio do vínculo, acolhimento, ou outras ações de cuidado individuais e nesse contexto a APS vem para mudar o modelo de cuidado assistencial, mas ainda tem sua prática sustentada no modelo biomédico de cuidado por parte dos profissionais.

A configuração familiar dada pelo número de moradores é pequena neste estudo, concordando com Muramoto e Mângia (2011) que apontam sobre empobrecimento nas relações humanas desses usuários, no que diz respeito ao tamanho da rede familiar que no geral é pequeno e no contexto de laços com amigos ou vizinhos, mais fragilizado ou inexistente. A família representa uma rede social potente no cuidado dos usuários de saúde mental, mas não há garantia de boa convivência, suporte afetivo e valorização no seu contexto domiciliar, uma vez que são vivenciadas situações de rupturas de vínculo na presença de crises e internações. Kantorski et al. (2017) concordam que o apoio proveniente de uma boa rede familiar contribui no cuidado e em melhor qualidade de vida desses usuários.

Usuários expostos a convivência social e com familiares demonstram habilidades de vida com maior independência e maior autopercepção da sua condição de saúde (RODRIGUES et al., 2016). O cuidado centrado na hospitalização e medicalização não o torna resolutivo e para isso, deve abranger medidas individuais e coletivas de forma que haja a coparticipação

entre profissionais e famílias. A compreensão de questões culturais, sociais, epidemiológicas e demográficas dadas com a dinâmica dos lares auxiliam nesse processo resultando em estratégias de cuidar diferenciadas (OLIVEIRA et al., 2016).

4.3 Condições de saúde, vida e de trabalho

As relações de trabalho dos usuários de saúde mental demonstram fragilidades excludentes e que interferem no pleno exercício da cidadania (MURAMOTO; MÂNGIA, 2011). No presente estudo, as condições de renda dos usuários referem-se à situação de inatividade laboral, indo de encontro com estudo de Santos Junior (2016), no qual 86% dos sujeitos com questões relacionadas a saúde mental possuíam vínculo empregatício, apesar de apresentarem mais inaptações e riscos no ambiente ocupacional decorrentes da maior exposição a situações de violência verbal e perseguição, percepção de pouca recompensa e expectativas, além de outras contribuições para recidivas ao adoecimento mental.

O trabalho deve permitir a inclusão social e a autonomia. Práticas terapêuticas alternativas de cuidado nos serviços especializados tendem a aprimorar os processos de inclusão comunitária e territorial e de identidade sócio-cultural na saúde mental (CAMPOS, 2017). No entanto, alguns serviços que procuram auxiliar os usuários nesses processos de reinserção social, podem ser organizados por profissionais com atitudes que envolvem a restrição, o autoritarismo e concepções discriminatórias (GONÇALVES, A. M. et al., 2016).

No presente estudo o acompanhamento dos usuários por serviços especializados na rede de atenção à saúde, constituiu-se como prática limitada e frágil, tendo em vista a insuficiência de informações nos prontuários. Essa dificuldade também foi vivenciada no estudo de Moura e outros (2014), em que as alternativas de cuidado encontradas pelos usuários de saúde mental ocorrem com a renovação das prescrições medicamentosas (psicotrópicos) na APS.

A falta de informações também foi observada quanto o histórico atual ou progresso de usuários em situação de rua. Almeida e colaboradores (2014) reforçam a situação de rua entre os usuários de saúde mental considerando a existência de conflitos e ausência de convívio com familiares. Tema este relevante e que necessita ser melhor estudado.

4.4 Dimensões socioeconômicas, culturais e ambientais

A população desse estudo apresentou-se com níveis baixos de escolaridade, concordando com estudos em que os usuários apresentaram grau de instrução igual ou inferior

a oito anos (ALMEIDA et al., 2014; KANTORSKI et al., 2017). Outra pesquisa identificou nível de escolaridade mais elevado, como ensino médio completo (SANTOS JUNIOR, 2016).

Níveis de escolaridade rebaixados correspondem a menores índices de qualidade de vida (KANTORSKI et al., 2017) e tendem influenciar nas condições de cidadania, justificando baixos níveis de independência e autonomia ao longo da vida. Os serviços de cuidado devem procurar medidas que visem a reinserção desses usuários no campo da educação (RODRIGUES et al., 2016).

Estudo de Drummond; Radicchi; Gontijo (2014), aponta para a insuficiência dos benefícios sociais, uma vez que os valores recebidos correspondem a um salário mínimo e associado a baixa escolaridade, acarreta em restrição de oportunidades ocupacionais. Neste contexto, condições socioeconômicas dos usuários de saúde mental por meio de programas sociais é relevante e necessária, uma vez que em conjunto com medidas de controle social, acolhimento e matriciamento, auxilia no desenvolvimento de práticas de cuidado humanizadas na rede de apoio psicossocial (COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2011).

A alta prevalência de não utilização de planos de saúde privados nesse estudo mostra a dependência dos usuários ao SUS, desafiando as equipes e gestão a pensarem estratégias de acolhimento a população adstrita em seu território. No estudo de Sisson et al. (2011) que analisou a satisfação de usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde, foi evidenciada maior satisfação na assistência prestada pelos profissionais e pelo plano de saúde nas linhas de cuidado para oncologia, materno infantil e cardiovascular em comparação com a saúde mental. Isso pode ser justificado por fragilidades nos princípios da humanização do cuidado em saúde mental, além de cobertura e prazos de internação menores pelo setor privado. Por outro lado, os autores ressaltam que medidas de cuidado integral foram melhor consideradas nos serviços assistenciais públicos a esta população.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, instituída em 2006 (BRASIL, 2006b) e aprimorada no último ano, apresenta medidas naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde com visão ampliada do processo saúde-doença e do autocuidado. Por meio dessas práticas é possível assegurar tecnologias leves de cuidado possibilitando sua eficiência juntamente com escuta acolhedora, vínculo terapêutico, e maior integração humana, social e ambiental dos usuários de saúde (BRASIL, 2018).

Na atenção primária a saúde, o uso das PICs contribui num cuidado integrativo e alternativo e na desconstrução do paradigma biomédico. Possibilitam formas de cuidado holísticas para os indivíduos em conformação com mudanças nos hábitos de vida, mas, ainda é preciso vencer limitações em relação a essa oferta de cuidado, pois há um distanciamento do

que ocorre enquanto prática na rede de atenção e o que é registrado no sistema de informações do SUS (LIMA; SILVA; TESSER, 2014). Essa discussão vai ao encontro da atual pesquisa, uma vez que a descrição do uso dessas práticas, assim como o uso de ervas medicinais estavam incompletas no sistema de informações utilizado pelo serviço.

Com relação às informações sobre práticas religiosas essas foram insuficientes. No entanto, as crenças podem desempenhar papel preventivo na vida das pessoas, no que se refere as situações de violência e criminalidade, a partir da instituição de comportamentos e controle social, e também na reabilitação da saúde mental. Contribuem para a promoção de saúde e na proteção de populações expostas às iniquidades sociais. As concepções religiosas são diversas e complexas, por vezes ambíguas, sendo relevantes para algumas situações e fortalecendo conversão a novos estereótipos para os usuários (RIBEIRO; MINAYO, 2014).

Em relação a habitação, saneamento básico e coleta de lixo, o presente estudo obteve dados semelhantes (casa própria, acesso a rede elétrica, coleta de lixo e fossa séptica) a uma pesquisa realizada no âmbito da APS, mas com população distinta. Os estudos divergem em relação ao acesso a água potável, tendo em vista que a população deste último reside em área rural e parte significativa do território é abastecido por meio de poços artesianos (ERTHAL, 2014).

Buss e Pellegrini (2007) defendem que aspectos físicos materiais dos DSS também alimentam as iniquidades sociais. Assim, recursos financeiros escassos e decisões sócio políticas que desencadeiam precários investimentos em transporte, saneamento, habitação, etc, apresentam associação com a produção da saúde e doença.

Félix e Lima (2017) pontuam que os processos de urbanização geraram uma segregação social nas cidades, dando surgimento as periferias. Esse desenfreado crescimento criou espaços urbanos desorganizados, com conjuntos habitacionais precários e dificuldades de acesso a bens de subsistência, subemprego, e situações de rua.

As moradias são consideradas por Furtado e colaboradores (2010) mais que elementos estruturais de proteção física, pois possibilitam a inserção social, principalmente com familiares e auxiliam na reabilitação psicossocial. Felix e Lima (2017) citam a presença de transtornos mentais como complexos, assim como a carência de recursos para suprimento das necessidades de manutenção de um lar. Leonardo et al. (2018) reforçam que condições precárias no espaço físico, recursos hídricos, luminosidade, ventilação, segurança, saneamento básico, entre outros, influenciam no estilo de vida dos usuários e, conseqüentemente, e na saúde, com relação direta nos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

O saneamento e seu manejo é considerado como uma questão social e de saúde, trata-se de um conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais, que visam o abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana com manejo de resíduos sólidos, e drenagem das águas pluviais urbanas (BRASIL, 1988).

A Declaração Política do Rio de Janeiro sobre Determinantes Sociais da Saúde, (BRASIL, 2011) expressa a necessidade de fortalecer os recursos promotores de saúde de forma que a equidade seja priorizada. Dentre as metas, é citado o fortalecimento de todos os níveis dos DSS, dentre eles o acesso a água potável, o saneamento, a proteção do meio ambiente e seguridade social.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) preconizou a instituição de ações de incentivo aos poderes públicos, sociedade civil e instituições de pesquisa por meio de políticas, planos e programas de saúde baseados em intervenções para enfrentamento das iniquidades nos níveis da saúde (BRASIL, 2006a). No entanto, há vários estratos sociais entre indivíduos e grupos de indivíduos, que devem ser considerados. Identificar os determinantes de saúde, por si só não caracteriza o cuidado com as iniquidades no nível social (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Portanto, é preciso reconhecer que os DSS representam a base das iniquidades, correspondendo aos diversos aparatos sociais, políticos, econômicos, culturais e biopsicossociais, os quais dificultam o direito e acesso ao cuidado em saúde. Nesse contexto, deve ser considerada a realidade humana e que a conjuntura do processo saúde-doença não se limita ao biológico, uma vez que também apresentam correlação com a injustiça social e com os direitos humanos, podendo as iniquidades em saúde desta forma serem evitadas (FIORATI; ARCÊNCIO; SOUZA, 2016).

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender a dimensão dos DSS no que diz respeito às condições de cuidado dos usuários com questões de saúde mental no âmbito da ESF. Mesmo com o progressivo desenvolvimento de políticas e de modelos de cuidado ampliado à saúde das pessoas, ainda prevalecem fatores que potencializam as iniquidades sociais nos territórios de saúde e influenciam nas questões individuais e no estilo de vida, nas redes sociais e comunitárias, nas condições de saúde, vida e de trabalho e nas condições socioeconômicas, culturais e ambientais da população.

Ainda há uma persistência de concepções históricas e sociais de gênero que refletem no cuidado em saúde, fragilidades no elo humano e comunitário que afetam tanto a rede familiar quanto social geral, e baixos índices de escolaridade e inatividade laboral as quais configuram o contexto de vida das pessoas interferindo na sua autonomia e no pleno exercício da cidadania.

Os usuários de saúde mental se configuram neste estudo, em relação a sua situação socioeconômica, social, ambiental e cultural, como dependentes do sistema público de saúde, o que denota maiores investimentos em práticas de cuidado por equipes de saúde. É na APS que a Clínica Ampliada deve ser difundida, com a integração de novos saberes e práticas de cuidado populares, integrativas e complementares, espaços de escuta qualificada, integração das pessoas em grupos de convivência e fortalecimento do controle social, favorecendo a qualidade de vida aos usuários.

Os fatores limitantes evidenciados dizem respeito a fragilidade na completude dos dados no sistema de informações, principalmente em relação a alimentação diária, presença de deficiências física, cognitiva/intelectual e outras, situação de rua, acesso a serviços como planos de saúde e benefício social, como também de práticas integrativas e complementares, religiosas e uso de ervas medicinais. O conjunto dessas informações dizem respeito aos determinantes associados entre si, correspondentes aos processos de saúde-doença e que apresentam relação com a gestão do cuidado e do autocuidado em saúde.

A efetividade da cogestão em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde só será evidenciada mediante o aprimoramento e atualização dos sistemas de informação de saúde utilizados pelos serviços, bem como investimento em ações de educação permanente em saúde e nas equipes de matriciamento. A saúde mental nos territórios precisa ser melhor compreendida na APS, tendo em vista o potencial que este nível de atenção possui para a efetivação das linhas de cuidado em saúde.

Para isso, se faz necessário o comprometimento político e social com micro e macrodeterminantes, os quais dizem respeito as condições de saúde das populações, e maior suporte científico e intelectual voltado à compreensão e planejamento dos mecanismos de produção e reprodução das iniquidades sociais. Cabe destacar que no território estudado há uma potência para avançar nos determinantes do processo saúde-doença com trabalho interprofissional estabelecido com a integração da equipe de referência da ESF com os profissionais de um programa de residência multiprofissional, potencializando assim os saberes e práticas de cuidado neste território de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 526-538, Set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0526.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- BARBOSA, B.V.F. et al. O papel da Atenção Primária de Saúde na constituição das Redes de Cuidado em saúde mental. *Rev Fund Care*, v. 9, n. 3, p. 59-668, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754116009.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- BRASIL a. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.358, de 23 de junho de 2006. *Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1358_23_06_2006.html>. Acesso em: 09 dez. 2018.
- BRASIL b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPICUSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/npic.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2019.
- BRASIL. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, 2011, 7 p. Disponível em: <https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1>. Acesso em: 9 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. *Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jul. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: 05 fev. 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)*. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 08 dez. 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de*

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm>. Acesso em: 08 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário oficial da União. Brasília, DF. 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.1** [recurso eletrônico], 2016. 171 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2_1_PRELIMINAR.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 45. ed. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 19 jan. 2019.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O trabalho na Estratégia Saúde da Família e a persistência das práticas curativistas. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 975-995, Dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462018000300975&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 27 Jan. 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. F. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v.17, n. 1, p.77-93, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010373312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 09 dez. 2018.

CAMPOS, G. A. **Projeto é feito de papel: trabalho, renda e identidade entre usuários da rede de atenção à saúde mental**, *Revista PerCursos*, Florianópolis, v. 18, n. 36, p. 233–258, jan./abr. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/percursos/article/view/1984724618362017233>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

CARRENO, I. et al. **Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 947-956, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00947.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. **Saúde mental na Atenção Básica: prática da equipe de Saúde da Família**. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. 6, p. 6-1501, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. **Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família:** necessidades e potencialidades. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online). v. 32, n. 3, p. 495-501, set. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000300009&lng=en. Acesso em 20 jan. 2019.

COSTA-JUNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. **Gênero e cuidados em saúde:** Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sex., Salud Soc.* (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 23, p. 97-117, Ago. 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872016000200097&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 Jan. 2019.

DAHLGREN, G, WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm:** Institute for Future Studies; 1991. Disponível em:
<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.

DE CAMPOS, M. A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem.*, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf> >. Acesso em: 28 jan. 2019.

DRUMMOND, B. L. C.; RADICCHI, A. L. A.; GONTIJO, E. C. D. Fatores sociais associados a transtornos mentais com situações de risco na Atenção Primária de Saúde. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 17, supl. 2, p. 68-80, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/pt_1415-790X-rbepid-17-s2-00068.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ERTHAL, G. Determinantes sociais do processo saúde-doença sob a ótica de usuários de uma Estratégia Saúde da Família Rural. 2014. 113 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2014. Disponível em:
http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2014_2015/Dissertacao_Graciele_Erthal.pdf >. Acesso em: 19 jan. 2019.

FELIX, T. S.; LIMA, A. F. Considerações acerca do direito à moradia de pessoas em sofrimento assistidas pela saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 9, n. 24, p. 73-95, 2017. Disponível em:
file:///C:/Users/User/Downloads/Felix_%20Lima%202017.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 24, e. 2683, 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100316&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2019.

FURTADO, J.P. et al. **Social integration and living space:** a path for evaluating the housing situation for people with severe mental disorders in Brazil. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v. 14, n. 33, p. 389-400, abr./jun. 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832010000200012&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 21 jan. 2019.

GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à saúde do Brasil. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1079-1094, Dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462018000301079&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2019.

GONÇALVES, A. M.; et al. Atitudes e o prazer/sofrimento no trabalho em saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 266-274, mar./abr. 2016.. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267045808009>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

GONÇALVES, D. A. et al. **Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000300623>. Acesso em: 20 jan. 2019.

KANTORSKI, L. P.; et al. Fatores associados a uma pior avaliação da qualidade de vida entre familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. saúde colet.**, v. 25, n. 4, p. 460-467, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2017000400460&lng=en. Acesso em 20 jan. 2019.

LEONARDO, R. S. et al. As condições de habitação da população em uma comunidade na cidade de Itaperuna-RJ. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, v. 4, n. 1, p. 173-180, Jan./Jun. 2018. Disponível em: <http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/373/150>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. **Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde:** experiência de um serviço municipal de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 261-272, Jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000200261&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 19 jan. 2019.

LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 599-610, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n2/599-610/pt>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

MARTINS, R. et al. **Relato de experiência:** importância do sistema de informação na estratégia de saúde da família. *Rev. APS*. v. 21, n. 1, p. 141 – 141, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/16861/8420>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

MEDEIROS, J. B. et al. **O e-SUS Atenção Básica e a Coleta de Dados Simplificada:** relatos da implementação em uma Estratégia Saúde da Família. *Rev. APS*, v. 20, n. 1, p. 145 – 149, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15784>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.
- MOREIRA, J. K. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/12.pdf> . Acesso em: 05 fev. 2019.
- MOREIRA, M. I. B; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-474, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902017000200462&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 18 jan. 2019.
- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios.** *Saúde debate.*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 261-274, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500261&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2019.
- MOURA, A. C. M. D. et al. A relação entre sujeitos com transtorno mental e equipamentos sociais. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 263-270, 2014. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/643>>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- MOURA, R. A. Plano de intervenção do uso e abuso de benzodiazepínicos na Unidade de Saúde Zona D na cidade de Paula Cândido – Minas Gerais. 2014, 26 p. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Atenção Básica, Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- MURAMOTO, M. T.; MÂNGIA, E. F. **A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil).** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2165-2177, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n4/2165-2177/pt>>. Acesso em: 05 fev. 2019.
- MV INFORMÁTICA NORDESTE LTDA. Plataforma Soul MV® Saúde Pública. Guia de atendimento ao cliente. Pernambuco, 2018. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/sobre-a-mv/quem-somos>>. Acesso em: 5 fev. 2019.
- NASCIMENTO, C. M. B. et al. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1135-1156, Dec. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462018000301135&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jan. 2019.
- NOGUEIRA, G. C. et al. **Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 10, p. 3131-3142, 2016.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3131.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

OLIVEIRA, R. W. et al. Os limites do ensino teórico-prático da saúde mental na formação do profissional de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 4, p. 107-114, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602016000400016&lng=pt>. Acesso em: 28 jan. 2019.

PAULA, M. L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/06.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

QUEIROZ, I. S. et al. Repertórios interpretativos de profissionais da Rede de Saúde Mental e Atenção Primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 80-93, jan./mar., 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0080.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2019.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. **O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade:** revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1773-1789, jun. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.13112013>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. **Determinação ou Determinantes?** Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, v. 49, p. 1, p. 129-135, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2019.

RODRIGUES, C. G. S. S. et al. Independent Life Skills among psychosocial care network users of Rio Grande do Sul, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2565-2570, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802565>. Acesso em: 20 jan. 2019.

SILVA GOMES, R. N. **Políticas de saúde pública no Brasil:** contexto histórico. *Revista Augustus.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 42, p. 127-136, jul-dez, 2016. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/revistaaugustus/article/view/19811896.2016v21n42p127>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

SILVA JUNIOR, J. S. **Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais:** um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal. 2016, 26 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2016.

SILVA, E. L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da Pesquisa e elaboração de Dissertação.** Florianópolis, 2000.

SISSON, M. C. et al. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. *Interface.*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 123-136, mar. 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000100010&lng=en. Acesso em: 20 jan. 2019.

SOUZA, C. L.; ANDRADE, C. S. **Saúde, meio ambiente e território**: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 10, p. 4113-4122, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n10/1413-8123-csc-19-10-4113.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

TAVARES, A. L. B.; DE SOUZA, A. R.; PONTES, R. J. S. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 26, p. 35-42, fev. 2013. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/492>>. Acesso em: 16 jan. 2019.

VIEIRA, A. M. B. et al. Percepção dos agentes comunitários de saúde acerca do acompanhamento aos usuários de saúde mental. *Sanare*, Sobral, v. 16, n. 1, p. 24-31, Jan./Jun. 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1090>>. Acesso em 18 jan. 2019.