



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

ANA LAURA SALOMÉ LOURENCETTI

CENÁRIO PÓS-IMPLEMENTAÇÃO: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES
SOBRE UMA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO E SEUS EFEITOS NO
CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE MENTAL

THE POST-IMPLEMENTATION LANDSCAPE: WORKERS' PERCEPTIONS OF AN
IMPLEMENTATION STRATEGY AND ITS EFFECTS ON SHARED MENTAL
HEALTH CARE

CAMPINAS
2023

ANA LAURA SALOMÉ LOURENCETTI

CENÁRIO PÓS-IMPLEMENTAÇÃO: PERCEPÇÕES DE TRABALHADORES
SOBRE UMA ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO E SEUS EFEITOS NO
CUIDADO COMPARTILHADO EM SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, na Área de Concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Maria Giovana Borges Saidel

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA ANA LAURA SALOMÉ LOURENCETTI, E ORIENTADA PELA
Prof.^a Dra. MARIA GIOVANA BORGES SAIDEL

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

L934c Lourencetti, Ana Laura Salomé, 1998-
Cenário pós-implementação : percepções de trabalhadores sobre uma estratégia de implementação e seus efeitos no cuidado compartilhado em saúde mental / Ana Laura Salomé Lourencetti. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Maria Giovana Borges Saidel.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Ciência de implementação. 2. Saúde mental. 3. Políticas de saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5. Apoio matricial. I. Saidel, Maria Giovana Borges, 1981-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Post implementation landscape : workers' perceptions of an implementation strategy and its effects on shared mental health care

Palavras-chave em inglês:

Implementation science

Mental health

Health police

Primary health care

Matrix support

Área de concentração: Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Maria Giovana Borges Saidel [Orientador]

Heloísa Garcia Claro Fernandes

Thiago da Silva Domingos

Data de defesa: 15-12-2023

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-0718-8114>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/56070295320813009>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

Ana Laura Salomé Lourencetti

ORIENTADORA: Maria Giovana Borges Saidel

MEMBROS TITULARES:

1. Prof^a Dra Maria Giovana Borges Saidel

2. Prof.^a Dra. Heloísa Garcia Claro Fernandes

3. Prof. Dr. Thiago da Silva Domingos

Programa de Pós-Graduação em Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria de Pós-graduação em Enfermagem.

Data: 15/12/2023

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio e incentivo durante a minha trajetória, sobretudo à minha avó, que apoiou e incentivou a minha formação desde o início – do período do vestibular até a conclusão da minha formação enquanto enfermeira e pesquisadora nessa universidade.

À minha irmã Ana Paula, colega de profissão - professora e pesquisadora - pelos vinhos e pelas pitangas choradas em relação à academia, e a minha irmã mais velha Ana Luiza, por todo apoio.

À família que construí nesse percurso, meus amigos, que impulsionaram e me auxiliaram durante esses anos, lendo repetidamente meus trabalhos, artigos e atuando como membros fictícios de bancas avaliadores durante ensaios de apresentações e aulas.

À minha parceira e melhor amiga Marcela, praticamente coautora do meu trabalho que tanto dele leu, ouviu e me auxiliou durante a realização que já sabe o conteúdo do início ao fim.

À minha orientadora Maria Giovana (uma querida), que tanto me acolheu e me incentivou à pesquisa desde a graduação e que, além de ocupar esse papel crucial, tornou-se uma grande parceira nessa trajetória. Te agradeço por tanta escuta, pelos cafés, pelos abraços, pelas partilhas, pelo acolhimento e até pelos sermões genuínos. Sobretudo, por ser essa mulher repleta de luz que inspira a mim e a tantos ao seu redor enquanto pessoa, enfermeira e professora, sem dúvidas, você é a melhor que poderia encontrar nesse caminho, e ser sua orientanda é um presente que já se estende há quatro anos consecutivos. Aluno de sorte qualquer um que passar por você.

Ao grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, e à Prof.^a Dra. Rosana Onocko Campos, pela abertura de portas e pelo pertencimento a esse espaço coletivo tão rico em aprendizados, assim como aos integrantes do grupo de trabalho da pesquisa em questão, pela parceira nas produções e discussões. Também, em específico ao professor Carlos Treichel, pelo acolhimento e pela parceria desde a minha entrada nesse trabalho, pelas orientações, por todo e tanto ensinamento transmitido em relação a esse campo inovador e desconhecido para mim.

À Faculdade de Enfermagem e à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, por toda infraestrutura e apoio formativo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, pela bolsa concedida.

A todos os profissionais, atores principais desse processo, que participaram e possibilitaram a realização desta pesquisa.

A todos os usuários e alunos que pelas minhas mãos passaram, atores primordiais na minha motivação em me aperfeiçoar ser uma profissional melhor a cada dia.

*Tenho nos olhos quimeras
Com brilho de trinta velas
Do sexo pulam sementes
Explodindo locomotivas
Tenho os intestinos roucos
Num rosário de lombrigas
Os meus músculos são poucos
Pra essa rede de intrigas
Meus gritos afro-latidos
Implodem, rasgam, esganam
E nos meus dedos dormidos
A Lua das unhas ganem
E daí?*

*Meu sangue de mangue sujo
Sobe a custo, a contragosto
E tudo aquilo que fujo
Tirou prêmio, aval e posto
Entre hinos e chicanas
Entre dentes, entre dedos
No meio destas bananas
Os meus ódios e os meus medos
E daí?*

*Iguarias na baixela
Vinhos finos nesse odre
E nessa dor que me pela
Só meu ódio não é podre
Tenho séculos de espera
Nas contas das minhas costelas
Tenho nos olhos quimeras
Com brilho de trinta velas
E daí?*

(Milton Nascimento - E Daí? (A Queda))

RESUMO

Introdução: A prevalência global dos transtornos mentais e os respectivos desdobramentos representam grande desafio para a saúde, taxas de mortalidade expressivamente maiores e expectativa de vida reduzida entre pessoas com transtornos mentais justificam essa incitação, esse cenário se associa à carência de acesso dessa população à assistência em saúde de forma geral. A integração do cuidado em saúde mental em serviços de atenção primários à saúde configura uma resolução promissora ao redor do mundo. No Brasil, algumas ferramentas podem auxiliar nessa integração, como o apoio matricial, porém, apesar de promissora, a implementação efetiva dessa ferramenta ainda enfrenta alguns entraves. Introduz-se, assim, o campo das pesquisas de implementação, ao propor o preenchimento das lacunas entre as práticas baseadas em evidências e os reflexos em benefícios reais na assistência em saúde, por meio do conhecimento de determinantes e planejamento de estratégias de implementação para efetividade no mundo real, entre estas, destaca-se a categoria de treinamento e capacitação, com a estratégia de condução de encontros educacionais. **Objetivo:** Compreender as percepções dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial sobre a estratégia de implementação “condução de encontros educacionais”, em município brasileiro do interior paulista. **Método:** Estudo qualitativo, com caráter avaliativo, inserido na etapa de pós-implementação de pesquisa de implementação ampliada que teve como objetivo implementar o apoio matricial e outros dispositivos de integração de rede para qualificação do cuidado compartilhado em saúde mental. O presente estudo adotou o referencial teórico-interpretativo proposto pelo modelo do *Behaviour Change Wheel*, a coleta de dados correu por meio de entrevistas semiestruturadas e observação participante. Na análise dos dados, a modalidade híbrida de análise de conteúdo foi adotada com aproximação dos domínios da estrutura do *The Theoretical Domains Framework*. **Resultados:** A estratégia de implementação investigada se mostrou efetiva na construção de facilitadores para mudança profissional relacionados aos domínios de conhecimento, habilidade e crenças sobre capacidades para execução das práticas que permeiam o cuidado em saúde mental. Contudo, barreiras percebidas para concretização desse cuidado se sobrepõem em relação ao contexto, influências sociais e crenças sobre consequências da realização do apoio matricial em si. Essas barreiras se relacionam a fragilidades do sistema de saúde brasileiro, impostas por políticas neoliberais,

descaracterizando serviços primários e comunitários à saúde, por meio da escassez de recursos estruturais e humanos, sobrecarga profissional, ausência de incentivos e cultura organizacional de recursos coletivos e comunitários, perpetuando, assim, uma lógica de assistência reducionista e biomédica, descredibilizando a lógica coletiva e pedagógica do apoio matricial e esvaziamento desse espaço coletivo na prática.

Conclusão: Na percepção dos trabalhadores, houve eficácia da condução de encontros educacionais para mudança profissional em nível intrapessoal, execução de práticas que permeiam o cuidado compartilhado em saúde mental, contudo, a compreensão dos profissionais aponta para necessidade de formulação e adoção de estratégias inovadoras direcionadas a superar barreiras do contexto externo, como a formulação de novas políticas em saúde associadas às produções científicas desse campo, com base em políticas afirmativas, de inclusão e na lógica biopsicossocial.

Palavras-chave: Ciência da Implementação, Saúde Mental, Políticas de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Apoio Matricial, Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The global prevalence of mental disorders and their consequences represents a significant challenge for health. Significantly higher mortality rates and reduced life expectancy among people with mental disorders justify this concern. This scenario is associated with the lack of access to healthcare for this population in general. The integration of mental health care into primary healthcare services is a promising solution worldwide. In Brazil, some tools can aid in this integration, such as "Apoio Matricial" (Matrix Support), but despite its promise, the effective implementation of this tool still faces some hurdles. This introduces the field of Implementation Research, aiming to bridge the gaps between evidence-based practices and their real-world benefits in healthcare by understanding determinants and planning implementation strategies for their effectiveness in the real world. One of these strategies, specifically in the category of training and capacity building, is the strategy of conducting educational meetings. **Objective:** To understand the perceptions of workers in the Psychosocial Care Network regarding the implementation strategy of "conducting educational meetings" in a municipality in the interior of São Paulo. **Method:** A qualitative evaluative study embedded in the post-implementation phase of an expanded Implementation Research that aimed to implement "Apoio Matricial" and other network integration devices to enhance shared mental health care. This study adopted the theoretical-interpretative framework proposed by the Behavior Change Wheel model. Data were collected through semi-structured interviews and participant observation. Data analysis used a hybrid content analysis approach, aligning with the domains of The Theoretical Domains Framework. **Results:** The investigated implementation strategy proved effective in building facilitators for professional change related to the domains of knowledge, skills, and beliefs about the capacity to execute practices that underlie mental health care. However, perceived barriers to the realization of this care are related to the context, social influences, and beliefs about the consequences of implementing "Apoio Matricial" itself. These barriers are linked to weaknesses in the Brazilian healthcare system imposed by neoliberal policies, leading to the decharacterization of primary and community healthcare services due to a lack of structural and human resources, professional overload, lack of incentives, and an organizational culture of collective and community resources. This perpetuates a reductionist and biomedical approach to care, discrediting the collective and pedagogical logic of "Apoio Matricial" and emptying this collective space in practice. **Conclusion:** In the workers' perception, the conduct of educational meetings was effective for intrapersonal professional change to execute practices that underlie shared mental health care. However, professionals understand the need for the formulation and adoption of innovative strategies to overcome external context barriers, such as the development of new healthcare policies associated with scientific productions in this field based on affirmative, inclusive, and biopsychosocial policies.

Key Words: Implementation Science, Mental Health, Health Police, Primary Health Care, Matrix Support, Health Care Professionals.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica
AM - Apoio Matricial
APS- Atenção Primária à Saúde
BCW- *Behaviour Change Wheel*
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEE - Condução de Encontros Educacionais
CEP - Comitê de Educação Permanente
CGP- Comitê Gestor de Pesquisa
E- Fragmentos de entrevistas
EI's- Estratégias de Implementação
ESF- Estratégia Saúde da Família
EqSF- Equipe de Saúde da Família
MS - Ministério da Saúde
OSS - Organização Social de Saúde
OP - Fragmentos de Observações Participantes
OMS- Organização Mundial da Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PSNM – Política Nacional de Saúde Mental
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RP – Reforma Psiquiátrica
SM - Saúde Mental
SUS - Sistema único de Saúde
PI - Pesquisa de Implementação
TDF- *The Theoretical Domains Framework*

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	14
1.1 - Prevalência dos transtornos mentais e a promessa das práticas de cuidado compartilhado	14
1.2 - Conformação do sistema de saúde brasileiro e dispositivos disponíveis para a efetivação do cuidado compartilhado em saúde mental	16
1.2.1 - Atenção primária à saúde	16
1.2.2 - Atenção à saúde mental	19
1.2.2.1 - Percursos e conquistas da Reforma Psiquiátrica no Brasil	19
1.2.2.2 - Rede de Atenção à saúde mental	20
1.3 - Descrição e cenário da Pesquisa Ampliada	21
1.4 - Pesquisas de implementação	23
1.4.1 - O que é pesquisa de implementação e justificativas para o seu crescimento na área da saúde	23
2- OBJETIVOS	25
2.1 - Objetivo Geral	25
2.2 - Objetivos Específicos	25
3- MÉTODO	26
3.1 - Tipo de Estudo	26
3.1.1- Descrição metodológica da Estratégia de Implementação	27
3.2 - Referencial Teórico Metodológico	29
3.3 - Local de Estudo	34
3.4 - População e amostra	35
3.5 - Coleta de dados	36
3.5.1- Estratégias de Aculturação	36

3.5.1.1- Entrevista de aculturação	37
3.5.1.2 - Participação no Comitê de Educação Permanente	37
3.5.2 - Observação participante	39
3.5.3 - Entrevista semiestruturada	41
3.7 - Procedimentos Éticos	42
4- ANÁLISE DE DADOS	43
5 - RESULTADOS	45
5.1 - Análise dedutiva - Utilizando as categorias do TDF	46
5.2 - Análise indutiva e elaboração de novas categorias	54
6 - DISCUSSÃO	56
6.1 - O cenário após os encontros educacionais: facilitadores percebidos e barreiras na sustentabilidade do cuidado compartilhado e do AM	56
6.1.2 - Avanços da agenda neoliberal e obstáculos nas políticas de saúde pública	60
7- CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	68
Apêndices	80
Apêndice I- Coleta de Dados - Entrevista semiestruturada	80
Apêndice II- Roteiro para Observação Participante	82
Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Entrevista Semiestruturada e Observação - Trabalhadores	83
Apêndice IV - Template TDF	86

1- INTRODUÇÃO

1.1 - Prevalência dos transtornos mentais e a promessa das práticas de cuidado compartilhado

A prevalência global dos transtornos mentais e seus desdobramentos representam grande preocupação para a saúde ao redor do mundo. Impactos, como taxas de mortalidade expressivamente maiores e expectativa de vida reduzida entre essa população, justificam essa incitação. ^(1,2,3)

Essa prevalência corresponde a pelo menos 10% da população mundial, além disso, os transtornos mentais estão associados a 31% da carga total de doenças não fatais em todo o mundo e a 10% dos impactos gerais das doenças globais, incluindo índices de mortalidade e anos vividos com incapacidade. ⁽⁴⁾

Dados levantados no Brasil reproduzem esse cenário global. Estima-se que, aproximadamente, 17,5% da população apresenta transtornos mentais, representando, aproximadamente, 20% dos anos vividos com incapacidade no país. ^(5,6,7)

Estudo realizado em quatro grandes capitais brasileiras demonstrou prevalência de transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão) superior a 50% em todas as cidades. Somente na cidade de São Paulo, essa prevalência corresponde a 64%, em consonância, segundo estudo realizado somente na capital paulista apontou para prevalência de 30% desses transtornos durante o período de doze meses. ^(8,9)

Ainda, uma previsão bem estabelecida na literatura aponta que a expectativa de vida de pessoas com transtornos mentais é inferior em 10 a 20 anos da população geral. Há potencial relação entre essas taxas e os fatores de risco elevados dessa população para o desenvolvimento de doenças crônicas (doenças coronarianas, diabetes, doenças respiratórias) e alguns tipos de cânceres. ⁽¹⁰⁻¹³⁾

Entre esses fatores, destacam-se os efeitos iatrogênicos de algumas medicações psicotrópicas, obesidade, tabagismo, insegurança alimentar, sedentarismo e abuso de substâncias psicoativas. Aponta-se, também, para a conhecida incidência de mortes dessa população por suicídio, acidentes e violências, além da dificuldade de acesso à assistência em saúde. ⁽¹⁰⁻¹³⁾

Dificuldades de acesso aos serviços de saúde se associam à iniquidade global entre as demandas em Saúde Mental (SM) e os investimentos destinados a essa área:

estima-se que apenas 2,1% do financiamento geral em saúde nos países são destinados para a SM. Em países emergentes e americanos, especificamente, os investimentos alocados são ainda mais escassos, correspondendo a 1,6% de todo financiamento nacional de saúde. ^(14,15)

Outro recurso crucial corresponde à disposição de trabalhadores nesses serviços - supõe-se uma média global de 13 trabalhadores de saúde para 100.000 pessoas. Novamente, esse cenário é mais agravante em países emergentes, correspondendo à média de 4.1 trabalhadores para essa mesma população. ⁽¹⁵⁾

Para além dos fatores expostos anteriormente, determinantes socioeconômicos são apontados como plano de fundo para o aumento da incidência e a persistência de transtornos mentais nesses países. No Brasil, especificamente, destacam-se alguns fatores: aumento das populações marginalizadas e desassistidas pelo poder público, exposição à violência, posição socioeconômica, gênero, abuso de substâncias entre jovens e adultos, entre outros. ⁽¹⁶⁾

Essas disparidades se relacionam ao acesso minoritário à assistência em SM: cerca de 76% a 85% da população afetada por transtornos mentais diversos não têm acesso à assistência em SM, em países emergentes. Paralelamente, um estudo brasileiro realizado na região metropolitana de São Paulo aponta que apenas 20% da população adulta com transtornos mentais receberam algum tipo de tratamento. ^(3,16,17)

Frente a esses desafios de acesso, recomendações internacionais de saúde estabelecem como prioridade, principalmente em países emergentes, aprimorar o acesso a tratamento de pessoas com transtornos mentais, por meio de cuidados compartilhados em SM, na Atenção Primária à Saúde (APS). ^(2,18)

Para isso, enfatiza-se a descentralização sistemática dos cuidados, por meio de práticas baseadas em evidências, focadas na descentralização dos cuidados em SM dos antigos hospitais psiquiátricos de longa permanência para ambientes de cuidados primários, combinando cuidados de saúde mental e física. ⁽¹⁵⁾

Essa prática compartilhada ocorre quando a responsabilidade pelo cuidado é atribuída a equipes de trabalhadores não especializados. É crucial enfatizar a distinção significativa entre a "transferência" e o "compartilhamento" de cuidados. No "compartilhamento", destaca-se a responsabilidade contínua e mútua na prestação de cuidados com os profissionais especializados. ⁽¹⁸⁾

Apesar das evidências que balizam essa prática, sua implementação ainda é atravessada por alguns entraves resultantes da escassez de financiamento e recursos humanos descritos anteriormente. ⁽¹⁵⁾

Sistemas de atenção primária à saúde tendem a ser sobrecarregados em países emergentes, com demandas diversas e excessivas. Também, há uma barreira significativa em relação à baixa quantidade de trabalhadores treinados para prover esse cuidado, além da insuficiente supervisão e suporte de serviços especializados, freando a sustentabilidade de ações para treinamento e formação desses profissionais. ⁽¹⁹⁾

1.2 - Conformação do sistema de saúde brasileiro e dispositivos disponíveis para efetivação do cuidado compartilhado em saúde mental

1.2.1 - Atenção Primária à Saúde

Após a histórica Declaração de Alma Ata, em 1978, o modelo da APS ganhou destaque globalmente, fundamentando-se em princípios como o enfrentamento aos determinantes sociais de saúde, continuidade do cuidado, por meio da relação contínua entre a equipe e usuário, e garantia do cuidado integral à saúde, considerando os aspectos físicos, mentais e sociais. ⁽²⁰⁾

Garantir a continuidade e integralidade do cuidado requer a coordenação das ações em saúde, outro atributo da APS, por meio do uso de tecnologias de gestão clínica, comunicação eficaz entre profissionais e registro adequado de informações. ⁽²¹⁾

A disponibilidade de informações sobre o histórico de saúde do paciente que implica existência de prontuários de acompanhamento longitudinal, o envio de informações para especialistas (referência) e retorno de informações (contrarreferência), após encaminhamentos para os serviços especializados, garantem sequência ininterrupta de ações em saúde, concretizando a continuidade do cuidado. ⁽²¹⁾

No Brasil, a APS se estabelece como porta do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). Formulada em 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), a PNAB, em consonância com os princípios postos pela APS, caracteriza a Atenção Básica (AB) enquanto:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (Brasil, 2006, p.10) ⁽²²⁾

Ainda, o documento aponta o papel estratégico da ESF na consolidação dessas ações, por meio de um modelo preferencial de reorganização dos processos de trabalho da AB, mediante a existência de equipes multiprofissionais de saúde, compostas minimamente por um médico generalista, enfermeiro, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. ⁽²²⁾

Essas equipes devem se responsabilizar por um território geográfico específico, consolidando papel de primeiro contato da respectiva população com o sistema de saúde, fortalecendo os princípios previamente descritos da APS. ⁽²²⁾

Visando apoiar a inserção da ESF na APS do país e ampliar a resolutividade das equipes de Saúde da Família (EqSF), o MS estabeleceu, em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). ⁽²³⁾

As diretrizes do NASF estabelecem a constituição por meio de equipes multiprofissionais, compostas a critério da gestão municipal, em consonância com as demandas das EqSF, considerando as necessidades em saúde identificadas no território, o perfil epidemiológico e os determinantes sociais. ⁽²³⁾

Dessa forma, essas equipes devem atuar em conjunto com os profissionais da EqSF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos respectivos territórios. ^(23,24)

A abrangência do NASF ocorre por meio de nove grandes áreas estratégicas: saúde da criança e do adolescente, saúde mental, saúde integral da pessoa idosa, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da mulher, assistência farmacêutica, atividade física e práticas corporais, práticas integrativas e complementares. ⁽²³⁾

O Apoio Matricial (AM) se estabelece nas diretrizes do NASF enquanto principal ferramenta de gestão para organização do processo de trabalho dessa política, de modo a estipular a articulação entre as duas equipes: a EqSF intitulada enquanto “equipe de referência”, uma vez que é a referência de saúde de uma população específica na APS, e a “equipe de apoio”, composta pelos especialistas das equipes

NASF. Desta forma, o AM se estrutura não somente enquanto retaguarda assistencial especializada às EqSF, mas também enquanto instrumento técnico-pedagógico, produzindo ações permanentes de apoio educativo entre as duas equipes. Ainda, estabelece que a relação entre esses sujeitos deve ser horizontal, dialógica e colaborativa para resolver problemas de saúde dos respectivos territórios. ⁽²⁵⁾

O AM pode ser realizado mediante encontros regulares entre as equipes da AB e os apoiadores para discutir casos e projetos terapêuticos, além de articular estratégias de intervenção. Essa articulação pode ocorrer de diversas maneiras: por meio de atendimentos conjuntos entre especialistas e profissionais da AB, atendimentos específicos com especialistas - mantendo comunicação com a equipe de referência - e pela troca de conhecimentos e orientações, dialogando sobre a avaliação dos casos e reorientação de condutas, mantendo a referência à EqSF. ⁽²⁵⁾

1.2.2 - Atenção à saúde mental

1.2.2.1 - Percursos e conquistas da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Após a Segunda Guerra Mundial, iniciou-se um movimento de denúncias e descobertas da sociedade em relação às condições desumanas, em que se operava a maioria dos hospitais psiquiátricos no mundo, não muito diferentes daquelas encontradas nos campos de concentração, como bem documentado no livro *Holocausto Brasileiro* ⁽²⁶⁾, de Daniela Arbex, mediante histórias aterrorizantes, como a narrada por Paulo Amarante, no livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. ⁽²⁶⁻²⁹⁾

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito e dor. Quando a direção soube que a notícia estava correndo para fora do hospício, mandou arrancar o piso. (Amarante, 2007, p62)

Em meio a esse movimento, ocorreram as primeiras experiências de reformas psiquiátricas no mundo. ⁽²⁷⁾

No Brasil, em consonância com o cenário internacional, estabeleceu-se, no final da década de 1970, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, precursor do Movimento Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica (RP), composto por trabalhadores, familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, que passou a protagonizar a denúncia da violência, corrupção e mercantilização da loucura pelos grandes manicômios do país. ⁽³⁰⁾

Após anos de luta, resistência e pequenas conquistas nesse cenário, no ano de 2001, após 12 anos da tramitação no Congresso Nacional, embora o projeto inicial proposto pelo Projeto de Lei Paulo Delgado (PT) tenha sido rejeitado, foi sancionada a Lei Federal 10.216. ⁽³⁰⁾

Marca-se, assim, o início da expansão da RP no país, mediante o redirecionamento da assistência à SM, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e descentralização dos hospitais psiquiátricos, prezando pela proteção de direitos das pessoas com transtornos mentais. ⁽³⁰⁾

1.2.2.2 - Rede de Atenção à Saúde Mental

A formação de uma rede comunitária de cuidados ocorre de forma crucial para consolidação da RP. Assim, estabelece-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reunindo dispositivos especializados em SM, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços da AB e outros serviços de base comunitária que trabalham juntos para melhorar o acesso à assistência psicossocial para população em geral. ^(27,30)

Além disso, a RAPS visa vincular as pessoas com transtornos mentais e questões relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas aos diversos pontos de atenção à saúde. ^(27,30)

Nesse processo, os CAPS se configuram enquanto serviços estratégicos e substitutivos à hospitalização, promovendo a reinserção social dessa população. Os CAPS desempenham um papel fundamental na organização da RAPS dos municípios, atuando como articuladores estratégicos ao promover abordagem clínica inovadora, centrada na autonomia do usuário, incentivando a responsabilidade e participação ativa dele em todo o processo de tratamento. ⁽³⁰⁾

Apesar do papel estratégico e central na RP e na RAPS, os CAPS e outros equipamentos substitutivos não são suficientes para cobertura da demanda de SM do país. Desta forma, a inserção da SM na AB, principalmente, pelas EqSF se apresenta como proposta promissora para consolidação do cuidado integral e humanizado em SM. ⁽³¹⁾

1.2.3 - Potencialidades e desafios da consolidação do cuidado compartilhado em saúde mental no Brasil

A partir da proposta da consolidação da SM na AB, resgatam-se as recomendações internacionais, inclusive da Organização Mundial da Saúde (OMS), descritas anteriormente, em relação à potencialidade dessa integração para superar a barreira de acesso à assistência em SM. ^(2,15)

Posto isso, retoma-se, também, a descrição da atenção primária brasileira e a potencialidade da consolidação de retaguarda especializada em SM, por meio do modelo proposto pelo NASF e pela ferramenta do AM. ^(32,33)

Entretanto, apesar dos avanços e benefícios que esses dispositivos representam na efetivação da RAPS, é necessário realizar recorte em relação às barreiras que perpassam implementação desta no país. ⁽³⁴⁾

Uma revisão recente da literatura aponta para os impasses e desafios mais frequentes para consolidação e efetividade do AM em SM no país, entre os resultados, destacam-se obstáculos estruturais, como a fragmentação da rede e baixa integração entre os serviços primários e especializados, perpetuação de lógica de encaminhamentos automáticos e ausência de continuidade/corresponsabilização entre as equipes. ⁽³⁵⁾

Obstáculos subjetivos e culturais relacionados também são frequentes e se relacionam ao estigma e receio dos profissionais em relação às questões de SM, excesso de demanda e carência de recursos, carência de formação e capacitação de profissionais, além da escassez de delineamento claro e institucionalizado para operação efetiva deste instrumento na rotina dos serviços. ⁽³⁵⁾

1.3 - Descrição e cenário da Pesquisa Ampliada

Com intuito de qualificar a Rede de Atenção em Saúde Mental, o município campo de estudo estabeleceu parceria com o Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental – Interfaces, coordenado pela Prof.^a Dra. Rosana Teresa Onocko Campos, sediado na Faculdade de Ciências Médicas (Unicamp), a partir de uma Pesquisa de Implementação (PI).

De caráter longitudinal, a PI ocorreu entre os anos de 2018 e 2022, tendo como objetivo geral implementar e avaliar as mudanças produzidas pela implementação dos dispositivos de rede na qualificação do cuidado em SM, no município campo, além de desdobramentos nos seguintes objetivos específicos:

- Realização de diagnóstico da Rede de Atenção da Saúde Mental;
- Efetivação do AM na ESF;
- Capacitação de gestores e trabalhadores para o cuidado articulado em rede na SM;
- Implementação de um Comitê de Educação Permanente em SM;
- Avaliar as mudanças produzidas pela implementação no funcionamento da rede.

Dessa forma, o planejamento da pesquisa dividiu-se estrategicamente em três etapas.

1- Etapa de Pré-Implementação

Esse momento se configurou enquanto “marco zero” na pesquisa, principalmente, por meio de profunda investigação para o diagnóstico situacional da

Rede de Atenção à Saúde Mental desse município. Esse processo ocorreu por meio de ações, como a abertura de mais de 60 mil prontuários de serviços da rede, entrevistas com trabalhadores, usuários e familiares e grupos focais com trabalhadores, somando dados qualitativos e quantitativos, visando balizar futuras intervenções.

Além da adoção de estratégias para concretização desse diagnóstico, ainda nessa etapa, foi firmada parceria entre pesquisadores da universidade, trabalhadores e gestores da rede, mediante a formação de um Comitê Gestor de Pesquisa (CGP) para engajar esses atores durante o planejamento, a execução e avaliação da pesquisa. ⁽³⁵⁾

2- Etapa de Implementação

Nesse momento, por meio de dados coletados na etapa anterior, elaborou-se um mapa conceitual da pesquisa, em conjunto com trabalhadores e gestores da rede, estruturando o percurso da mesma e estabelecendo indicadores esperados após a sua execução. ⁽³⁶⁾

Além disso, durante essa etapa, adotaram-se ações para o treinamento e a capacitação de profissionais da RAPS do município em relação às práticas que envolvem a efetivação do cuidado compartilhado em rede e implementação dos dispositivos de integração de rede, sobretudo, do AM.

3- Etapa Final de Avaliação

Essa etapa se estrutura mediante processos avaliativos em relação às ações realizadas pela pesquisa e a sustentabilidade de seus resultados na implementação efetiva da prática almejada, inicialmente, nesse caso, a concretização do cuidado compartilhado em rede em SM e a efetivação do AM.

O presente estudo se estrutura como um dos recortes da etapa final e avaliativa da PI, partindo da seguinte pergunta: como uma estratégia de treinamento e capacitação prevista na segunda etapa da pesquisa foram percebidas e se sustentam (após um ano de realização), nos processos de trabalho nos serviços de saúde do município, na perspectiva dos trabalhadores da RAPS?

1.4 - Pesquisas de implementação

1.4.1 - O que é pesquisa de implementação e justificativas para o crescimento na área da saúde

É amplamente reconhecido que pesquisas contribuem para melhorias no campo da saúde. No entanto, a condução de pesquisas constitui um desafio que demanda tempo e recursos consideráveis, e pode não resultar em avanços significativos. ⁽³⁸⁾

É necessário reconhecer que a tradução de conhecimento em impactos significativos, na prática e na qualidade de assistência em saúde às pessoas representa desafio completamente diferente da produção tradicional de conhecimentos. ⁽³⁹⁾

A lacuna entre a produção científica e a tradução em políticas e práticas efetivas na saúde é preocupante, estima-se que são necessários, aproximadamente, 17 anos, para transformar 14% das evidências originais em benefícios ao paciente. ⁽⁴⁰⁾

Estabelece-se, dessa maneira, uma crescente preocupação no campo das pesquisas em saúde para preencher essa lacuna teórico-prática, dentro desse cenário, justificando a expansão do campo da Ciência de Implementação. ^(41,42)

Essa ciência se configura enquanto “o estudo científico de métodos para promover a adoção sistemática de resultados de pesquisa e outras práticas baseadas em evidências na prática rotineira e, assim, melhorar a qualidade e efetividade dos serviços de saúde”, portanto, o objetivo desta não se limita a entender o impacto de saúde de uma nova evidência, mas em identificar os determinantes que afetam a absorção dela no mundo real. ^(42,43)

A Pesquisa de Implementação (PI) se ancora na implementação de programas, práticas e políticas baseadas em evidências, por meio dessa ciência, ou seja, investigando questões relativas à sua implementação, cuja intenção é compreender o que, porque e como essas intervenções funcionam em contextos do mundo real, testando abordagens para melhorá-las. ⁽⁴⁴⁾

A PI tem, entre os principais objetivos, compreender e trabalhar com condições do mundo real, ao contrário de tentar controlar influências, assim, trabalhar em

conjunto com os atores que serão afetados diretamente pelas intervenções e o contexto em que estão inseridos é crucial. ⁽⁴⁴⁾

Uma vez que o contexto representa papel central no processo de implementação, esse campo preza pelo levantamento de determinantes sociais, culturais, políticos, estruturais, além do cenário institucional em que a intervenção ocorre e como os atores interagem entre si. Em pesquisas na área da saúde, por exemplo, compreender a estrutura do sistema de saúde e os papéis das organizações governamentais e não governamentais é de extrema importância. ⁽⁴⁴⁾

No tocante à participação dos atores envolvidos - que pode abranger aqueles que buscam melhoria, tomadores de decisão, como políticos e gestores, profissionais persuadidos a adotar práticas, indivíduos que necessitam modificar os comportamentos de saúde, ou até mesmo comunidades que lideram a pesquisa para aprimorar as condições - uma aplicação de extrema relevância é a participação ativa, durante o processo de diagnóstico, planejamento e execução das várias etapas da pesquisa. ⁽⁴⁴⁾

Destaca-se que, por esses princípios, a PI se demonstra enquanto forte aliada para abordar as lacunas e iniquidades na prestação de cuidados em saúde - sob a lógica do conceito implementação, ao contrário do conceito de disseminação, devem ir além de fomentar a consciência e conhecimento sobre práticas em saúde, as ações desse campo devem ser orientadas para concretizar, de fato, mudanças em comportamentos individuais e coletivos (organizacionais), além da necessidade de utilizar diferentes desenhos metodológicos no decorrer do processo. Desta forma, esse campo se torna promissor para a descrita necessidade de aprimoramento e efetividade de práticas baseadas em evidências na assistência à SM. ^(45,46,47)

As Estratégias de Implementação (EI) são descritas como o ingrediente ativo do processo de implementação, configurando o “COMO FAZER”, no que se refere às mudanças nas práticas em saúde, sendo, inclusive, denominada, em algumas literaturas, como “estratégias de mudança”. ^(46,48)

Ainda, um estudo desenvolvido por especialistas desse campo realizou a identificação, categorização e definição de 73 EIs. ^(48,49)

A pesquisa ampliada adotou, durante todo seu percurso, 24 EIs, identificadas de forma retrospectiva. Entre estas, a maioria se relaciona com as categorias de desenvolvimento de relações, treinamento e capacitação das partes interessadas e estratégias avaliativas e iterativas. ^(49,50)

2- OBJETIVOS

2.1 - Geral

Compreender as percepções dos trabalhadores da RAPS sobre a estratégia de implementação “Condução de Encontros Educacionais” (CEE), em um município do interior paulista.

2.2 - Específicos

- Conhecer a influência da CEE na implementação dos dispositivos de integração de rede, sobretudo, do apoio matricial;
- Identificar os facilitadores e as barreiras dessa implementação, a partir do *The Theoretical Domains Framework*, associando-as com a influência da CEE, na mudança de comportamentos profissionais;
- Investigar a sustentabilidade dos resultados da CEE, no cuidado compartilhado, após a finalização da pesquisa ampliada, a partir das barreiras e dos facilitadores encontrados.

3- MÉTODO

3.1 - Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, situado no período classificado como etapa de pós-implementação, com aproximação aos domínios propostos pela estrutura do *The Theoretical Domains Framework* (TDF).

A escolha pela abordagem qualitativa recai no potencial investigativo e interpretativo acerca dos significados atribuídos às experiências do mundo social e dos respectivos fenômenos, como as relações e os comportamentos humanos. Em paralelo aos objetivos deste estudo, outra vantagem dessa abordagem é a possibilidade de estudar os participantes da pesquisa nos ambientes naturais. Destaca-se, também, a utilização de diversos métodos de coleta de dados diferentes em único estudo, como a observação participante, entrevistas livres e semiestruturadas, grupos focais e análise documental. ⁽⁵¹⁾

Essas técnicas permitem a observação e compreensão dos sujeitos e objetos de estudo em questões complexas, como a adesão de pacientes a tratamentos e a tomada de decisão dos profissionais de saúde. Diante dessas vantagens, estudos na área da saúde que se debruçam em metodologias qualitativas e na abordagem social são frequentes e abundantes na literatura, sobretudo, na saúde coletiva. ⁽⁵¹⁾

Paralelamente, no campo das pesquisas de implementação, destaca-se um dos principais objetivos: compreender como as práticas em evidências funcionam e se sustentam em cenários do mundo real. Assim, esse campo comumente utiliza métodos diversos e mistos, visando compreender determinantes individuais e coletivos que permeiam esses cenários, entre estes, metodologia qualitativas. ^(43,44)

Além disso, essas pesquisas são comumente guiadas por teorias, estruturas e/ou modelos alinhados aos objetivos dos estudos. Neste estudo, optou-se pela utilização da estrutura do TDF, denominada *framework*, na literatura internacional. ⁽⁵²⁾

Define-se *framework* como uma espécie de sistema formado por diversas categorias descritivas que englobam conceitos, construtos ou variáveis que, ao se relacionarem entre si, culminam em determinado fenômeno. Ao contrário do conceito de teoria, as estruturas não tem como objetivo fornecer explicações e/ou princípios desses fenômenos e sim ferramentas para descrevê-los e categorizá-los. ⁽⁵²⁾

Ainda, destaca-se, em relação à escolha do TDF, o uso significativo na literatura em estudos com abordagens qualitativas. (53,54,55)

Tendo como objetivo do estudo compreender as percepções acerca dos reflexos da CEE nos processos de trabalho e a sustentabilidade do cuidado compartilhado, na perspectiva do trabalhador, após retirada da equipe de pesquisa, essa abordagem parece ideal, justificando a escolha.

3.1.1- Descrição metodológica da Estratégia de Implementação

A estratégia de Implementação Investigada (CEE) fez parte do pacote de Els utilizadas na pesquisa ampliada para implementar dispositivos de integração de rede, sobretudo, do AM e qualificar o cuidado compartilhado em SM do município.

Pode-se considerar que o delineamento destas ocorreu sob a ótica de demandas reais do contexto, levantadas por meio de Els avaliativas utilizadas anteriormente em outras etapas da pesquisa. Entre elas, destaca-se, nesse momento, a realização de diagnóstico situacional do funcionamento da rede de saúde mental do município, as barreiras e os facilitadores, a formação de um Comitê Gestor de Pesquisa (CGP), a elaboração participativa da *Theory of Change* (ToC) e o uso da estratégia de implementação *Audit and Feedback*. (36,37,56)

A elaboração da ToC pode auxiliar na compreensão de como intervenções complexas em saúde se relacionam com diversos determinantes do contexto em que se insere, sendo apontada na literatura como forte aliada em processos de planejamento e avaliação. A elaboração participativa durante a realização do desenho da pesquisa ampliada apontou para necessidade do aumento de alguns indicadores para implementação do cuidado compartilhado na RAPS do município, entre estes, a proporção de trabalhadores e gestores capacitados para o cuidado articulado em rede. (37)

Frente a essa necessidade, algumas estratégias de implementação relacionadas à categoria de treinamento e capacitação das partes interessadas foram incorporadas na à etapa de implementação da pesquisa, como a condução de encontros educacionais, acompanhamento de especialistas e preparo e qualificação de formadores. (37,49,50)

Destaca-se que a estratégia de condução de encontros educacionais é definida, pela literatura, enquanto “a realização de reuniões para diferentes grupos de partes interessadas (trabalhadores, gestores, comunidade, usuários, familiares) para

ensiná-los sobre a intervenção.” A justificativa para adoção dessa estratégia, além da necessidade levantada em conjunto com profissionais do CGP, se dá pela barreira representada em relação à escassez de trabalhadores e gestores capacitados para execução dessas ações, na prática. (37,49,40)

Dessa forma, as metas de alcance em relação a essa estratégia se estruturam por meio de mudanças nas características individuais desses trabalhadores e gestores, sobretudo, em relação aos conhecimentos e às crenças sobre a execução do cuidado compartilhado em rede e da implementação do AM. (37,49,57)

Os encontros educacionais, intitulados pelo grupo de pesquisa como *Encontros de Educação Permanente*, foram ofertados para cinco turmas de profissionais: sendo duas turmas compostas por agentes comunitários de saúde e três turmas por demais profissionais da RAPS do município – profissionais e gestores da AB, atenção especializada, urgência/emergência e profissionais convidados.

No total, foram realizados seis encontros semanais por turma, com duração de, aproximadamente, três horas, através da ferramenta *Google Meet*. Ressalta-se que, inicialmente, essa EI foi planejada para ocorrer presencialmente, porém, em decorrência do contexto da pandemia da Covid-19 e da necessidade do distanciamento social, optou-se pelo uso de ambientes virtuais para concretização do andamento do projeto.

Os eixos temáticos que compuseram o conteúdo desses encontros também foram elaborados a partir de demandas expostas pelos próprios profissionais, mediante as estratégias citadas.

Assim, contemplaram-se os seguintes temas: integração de rede: referência e contrarreferência, psicopatologia dos transtornos mentais, psicofarmacologia e uso de Substâncias Psicoativas (SPA), urgência e emergência em saúde mental, atividades grupais e trabalho em equipe.

De forma geral, essas atividades totalizaram 125 horas e abrangeram 150 profissionais. Destaca-se que a contemplação desses temas não se restringiu à distribuição passiva de conteúdos, por meio de materiais escritos e audiovisuais, mas também à adoção de uma metodologia ativa, como a formação de pequenos grupos para discussão e resolução de casos clínicos respectivos a cada eixo temático, possibilitando a participação ativa e o compartilhamento de experiências reais da prática desses profissionais.

Além disso, realizaram-se encontros para suporte às reuniões de AM, uma oficina para profissionais apoiadores das reuniões de AM (acompanhamento de especialistas) e um comitê de educação permanente, a fim de replicar essas estratégias de forma contínua (preparo e qualificação de formadores).

3.2 - Referencial Teórico Metodológico

Dentre os fatores capazes de afetar o sucesso de uma implementação, a mudança de comportamento em profissionais de saúde é considerada um desafio e passo fundamental para a sustentabilidade de práticas baseadas em evidências. Desta forma, a PI busca superá-lo, pela elaboração de estratégias diversas, considerando fatores individuais e organizacionais. ^(44,47,48)

Para isso, é necessário investigar comportamentos alvos individuais e coletivos dos profissionais que precisam adotar e sustentar evidências na prática do cuidado em saúde, logo, as teorias comportamentais se mostram grandes aliadas, buscando explicar como, quando e como um comportamento acontece ou não e suas influências, elas refletem aporte de conhecimento acerca de mecanismos relevantes de ação e moderação de mudança. ⁽⁵⁸⁾

Teorias e modelos que preveem comportamentos e mudanças comportamentais são abundantes, entretanto, a literatura aponta que essa variedade pode ser desconcertante para o pesquisador, gerando dúvidas e inseguranças em relação a sua escolha e uso. ⁽⁵⁹⁾

Dentro desse cenário, o *The Theoretical Domains Framework* (TDF) é elaborado como tentativa de integrar e simplificar teorias comportamentais relevantes para mudança de comportamento, tornando-as acessíveis e práticas para contextos de pesquisas de implementação. ⁽⁵⁹⁾

Resumidamente, na elaboração, identificaram-se 33 teorias, reunidas em 12 construtos relevantes para a mudança comportamental. Os principais construtos foram agrupados em 12 domínios (definidos como um grupo de constructos teóricos relacionados) que devem ser considerados ao buscar por barreiras e/ou facilitadores em relação às falhas na implementação de alguma prática e/ou planejar intervenções para alcançar melhorias na implementação.

^(59,60)

Ainda, a estrutura propõe perguntas disparadoras a serem utilizadas em entrevistas ou grupos focais para avaliação de problemas de implementação.⁽⁵⁹⁾

Posteriormente, essa estrutura passou por uma validação, por meio de um grupo independente de especialistas comportamentais, com objetivo de investigar a estrutura e alcançar conteúdo ideal de domínios e constructos. Essa versão resultou em algumas diferenças: 14 domínios compostos por 84 construtos teóricos. Pela potencial semelhança, ambas as versões são usadas na literatura, conforme a preferência e familiaridade dos pesquisadores.⁽⁶⁰⁾

O uso do TDF é comumente realizado para identificar influências em comportamentos, problemas de implementação, entender os processos de mudança de comportamento na implementação de práticas baseadas em evidências e projetar intervenções para aprimorar a prática.^(58,59,60)

Paralelamente ao presente estudo, há achados na literatura de pesquisas que utilizam o TDF como base para avaliação de intervenções após suas implementações.^(61,62,63)

No caso do presente estudo, a justificativa do uso da estrutura advém do objetivo de identificar a percepção dos profissionais quanto à estratégia educacional realizada e as barreiras e os facilitadores que influenciam os comportamentos em relação aos processos de trabalho que compõem o cuidado articulado em rede no período após a execução (pós-implementação). Logo, utilizou-se da versão de Cane *et al.* (2012), pela aproximação com o campo da Pesquisa de Implementação e pelo modelo de questionário proposto por Huijg *et al.* (2014) que adotou os 14 domínios dessa nova versão.^(60,64)

Os domínios propostos pela estrutura, as definições e os constructos que os compõem podem ser observados na tradução livre do modelo exposto na **Tabela 1**.

DOMÍNIOS E DEFINIÇÕES	CONSTRUCTOS
Conhecimento: consciência da existência de algo	conhecimento (incluindo conhecimento da condição/raciocínio científico), conhecimento processual (práticas), conhecimento sobre as indicações práticas.
Habilidades: habilidade ou proficiência adquirida através da prática	habilidades, desenvolvimento de habilidades, competências, capacidade, habilidades interpessoais, habilidades práticas.
Papel e identidade social/profissional: conjunto relacionado/coerente de comportamentos e qualidades pessoais demonstradas por um indivíduo em ambiente social ou de trabalho.	identidade profissional, papel profissional, identidade social, identidade, barreiras profissionais, confiança profissional, identidade de grupo, liderança, compromisso organizacional.
Crenças sobre capacidades: aceitação da verdade, realidade ou validade sobre uma habilidade, talento ou facilidade que uma pessoa pode colocar em uso.	autoconfiança, competência percebida, autoeficácia, controle comportamental, crenças, autoestima, empoderamento e confiança profissional.
Otimismo: confiança que as coisas irão acontecer para o melhor ou que objetivos desejados serão alcançados.	otimismo, pessimismo, otimismo irrealista, identidade.
Crenças sobre consequências: aceitação da verdade, realidade ou validação sobre os resultados de um comportamento em uma determinada situação.	crenças, expectativas de resultados, características das expectativas de resultados, arrependimento antecipado, consequência.
Reforços: aumentar a probabilidade de resposta, organizando uma relação dependente, ou contingência, entre a resposta e um determinado estímulo.	recompensas, incentivos, punições, consequências, reforços, contingências, sanções.
Intenções: decisão consciente de performar um comportamento ou decisão de agir de uma certa maneira.	estabilidade de intenções, modelo de estágios de mudança, modelo transteórico e estágios de mudança.
Objetivos: representações mentais de resultados ou estados finais que um indivíduo deseja alcançar.	metas proximais e distais, prioridade de meta, definição de meta, metas (autônomas/controladas), planejamento de ação e intenção de implementação.
Memória, atenção e processos de decisão: capacidade de reter informações, focar seletivamente em aspectos do ambiente e escolher entre duas ou mais alternativas.	memória, atenção, controle de atenção, tomada de decisão, sobrecarga cognitiva/cansaço.
Contexto ambiental e recursos: qualquer circunstância da situação ou ambiente de uma pessoa que desencoraje ou encoraje o desenvolvimento de competências e habilidades, independência, competência social e comportamento adaptativo.	estressores ambientais, recursos/recursos materiais, cultura/clima organizacional, eventos importantes/incidentes críticos, interação pessoa x ambiente, barreiras e facilitadores.
Influências sociais: processos interpessoais que podem fazer com que os indivíduos mudem seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos.	pressão social, normas sociais, conformidade de grupo, comparações sociais, normas de grupo, suporte social, poder, conflito intergrupal, alienação, identidade de grupo, modelos.
Emoção: padrão de reação complexo, envolvendo elementos experienciais, comportamentais e fisiológicos, pelos quais o indivíduo tenta lidar com um assunto ou evento pessoalmente significativo.	medo, ansiedade, afeto, estresse, depressão, afeto negativo/positivo, Burnout.

Regulamentação comportamental:
qualquer coisa destinada a gerenciar ou
mudar ações objetivamente observadas ou
medidas.

automonitoramento, mudança de hábitos,
planejamento de ações.

Tabela 1 - Tradução livre da Estrutura do The Theoretical Domains Framework

Entender a natureza de um comportamento e o papel desempenhado pelo contexto no qual ele ocorre é crucial para intervir em mudanças e comportamentos alvos. Frente a esse objetivo e ao uso de estruturas que, como proposto na definição, não fornecem explicações sobre os fenômenos comportamentais em si, debruçar-se em outras teorias e modelos que explicam a natureza dos comportamentos pode auxiliar nesse processo. ⁽⁵⁸⁾

Dessa forma, na literatura, o TDF se ancora no referencial teórico do modelo do *Behaviour Change Wheel (BCW)*, auxiliando na investigação e compreensão das barreiras e dos facilitadores comportamentais acerca da sustentabilidade de determinada prática em comportamentos de atores-chave ao expandir seus significados. ⁽⁶⁵⁾ O BCW foi desenvolvido visando auxiliar na elaboração e avaliação do desenvolvimento teórico das intervenções e é estruturado por uma roda composta por três eixos. ⁽⁶⁵⁾

No primeiro eixo, o central, o modelo caracteriza o comportamento pelo acrônimo *COM-B*, ao propor que o mesmo é composto e influenciado por um sistema dinâmico de três fatores que interagem entre si, sendo eles: capacidade, oportunidade e motivação. Como mencionado, nesse eixo, podem-se expandir os domínios do TDF. ^(59,60,65)

O C de capacidade, é composto pela capacidade psicológica (processos de compreensão, racionalização, memorização e tomada de decisão) e física (habilidades) do indivíduo para se engajar no comportamento desejado. Expandindo este determinante para a estrutura do TDF, podem-se incluir os domínios de conhecimento, habilidade, memória, regulamentação comportamental, atenção e tomada de decisão. ^(60,65)

A oportunidade se relaciona com os fatores externos ao indivíduo, físicos (recursos, ambiente) ou sociais (cultura) que tornam o comportamento possível ou o estimulam. Os domínios relacionados são: influências sociais, contexto ambiental e recursos. ^(60,65)

A motivação diz respeito aos processos que estimulam ou fortalecem e direcionam o comportamento, não apenas os objetivos e a tomada de decisão consciente. Dividida em motivação reflexiva (papel e identidade, empoderamento) e automática (emoções e impulsos que surgem de aprendizagem associativa e/ ou disposições inatas). Os domínios relacionados são os papéis e as identidades sociais e profissionais, as crenças sobre capacidades, o otimismo, as crenças sobre consequências, as intenções, as metas, o otimismo, os reforços e as emoções. (60,65)

Em torno dos componentes do COM-B, o modelo propõe funções de intervenção: educação, persuasão, incentivo, coerção, formação, restrição, reestruturação ambiental, modelagem e capacitação e, no último eixo, sete políticas que sejam eficazes para dado comportamento, indivíduo, grupo ou população, uma tradução livre do modelo pode ser observada na **Figura 1**. (65)

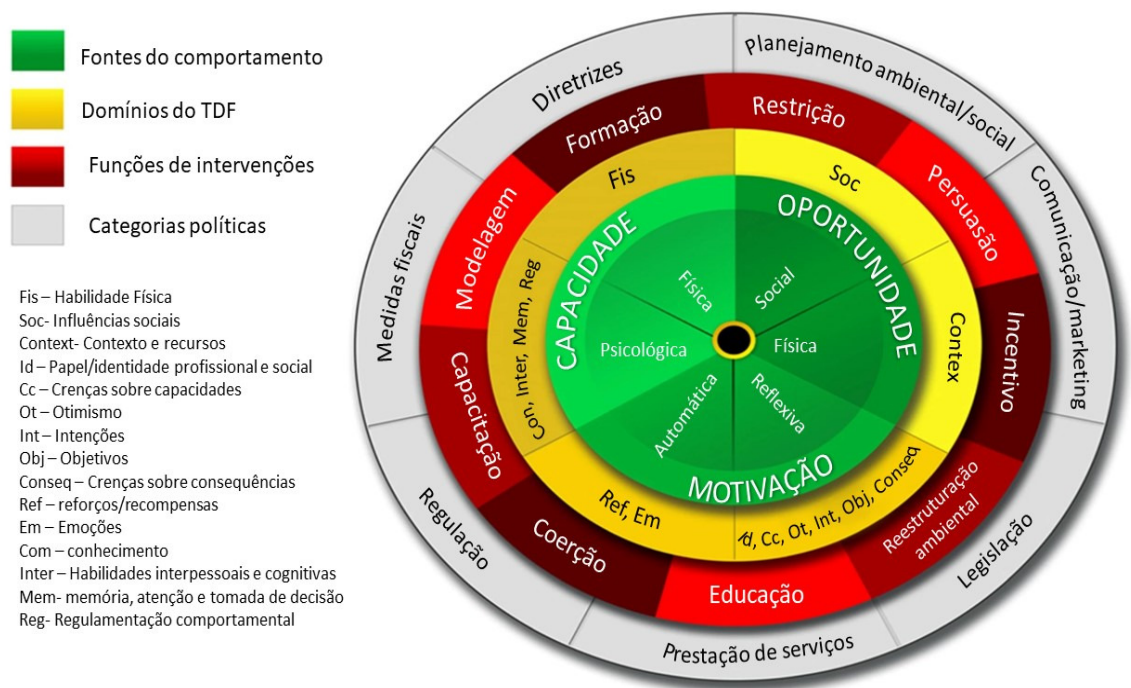


Figura 1 – Tradução livre do modelo proposto pelo BCW.

Posto isso, o referencial propõe que uma intervenção pode mudar um ou mais componentes do sistema comportamental e que ligações causais dentro do sistema podem funcionar para reduzir ou ampliar o efeito de determinadas intervenções. (65)

Esse modelo fornece base teórica importante e é, como mencionado, comumente utilizado para o planejamento de intervenções destinadas à mudança de comportamento, sobretudo, em profissionais. Desta forma, dentro do projeto de determinada intervenção, identificam-se comportamentos alvos para incorporação de uma prática e quais componentes desse sistema devem ser alterados para alcançá-los. ⁽⁶⁵⁾

Em relação ao presente trabalho, realizou-se movimento contrário: no período de pós-implementação, buscou-se compreender quais são as barreiras e os facilitadores dentro desses componentes que afetam a sustentabilidade das práticas disseminadas durante os encontros educacionais.

Logo, relacionou-se o objeto da pesquisa com as barreiras e os facilitadores comportamentais para a adesão e sustentabilidade do AM/dispositivos de integração de rede e da concretização do cuidado compartilhado após a estratégia adotada. Além disso, cabe reconhecer as barreiras e os facilitadores: houve mudança percebida pelos trabalhadores após essa implementação? Quais componentes foram afetados por essas atividades?

3.3 - Local de Estudo

O município de Itatiba pertence à região metropolitana de Campinas-SP e, conforme a estimativa do último censo para o ano de 2017, possui 116,503 mil habitantes. A Rede de Atenção à Saúde do município é composta por seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e treze unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF). Em relação aos serviços especializados, o município conta com um CAPS II, um CAPS AD, um ambulatório central de especialidades, um Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher e um Centro de Atenção à Criança (CAC). Já a atenção terciária e os serviços de emergência/urgência são compostos por uma UPA, um serviço de resgate com ambulância e um hospital Santa Casa. ⁽⁶⁶⁾

Para além dos dados de caracterização da rede de atenção à saúde, o diagnóstico situacional da rede realizado na etapa de pré-implementação do estudo, através da abertura de 60.411 prontuários de serviços da AB e atenção especializada em saúde mental demonstraram estimativa total 5.807 de usuários com demandas em saúde mental atendidos no período de elegibilidade.

3.4 - População e amostra

A população elegível para o estudo foi composta por trabalhadores da RAPS do município de Itatiba que participaram da CEE. No total, 150 trabalhadores concluíram todas as etapas dos encontros.

A composição da amostra ocorreu por conveniência e o fechamento amostral por saturação teórica.

A amostra por conveniência é um tipo de amostragem não aleatória, definida metodologicamente, segundo os objetivos da pesquisa. Essa metodologia permite ao pesquisador liberdade de seleção por participantes dentro da população elegível que estejam mais acessíveis, colaborativos ou disponíveis para participar do processo de coleta de dados de alguma forma. ⁽⁶⁷⁾

Entende-se como saturação teórica a escolha de suspender a inclusão de novos participantes na amostra, quando se percebe repetição e/ou redundância nos dados obtidos, ou seja, quando o pesquisador identifica que a inclusão de novos participantes não acrescentaria significativamente ao material obtido. Como posto pela literatura, durante a coleta de dados, realizou-se um processo contínuo de análise, tendo em vista a avaliação da saturação teórica frente aos objetivos da pesquisa. ^(68,69)

O critério que definiu a inclusão dos profissionais na amostra foi a participação integral em todas as etapas dos encontros educacionais e o critério de exclusão foi o afastamento das atividades laborais por quaisquer motivos durante o período de coleta de dados.

Os profissionais que participaram da coleta referente às entrevistas semiestruturadas foram recrutados, sobretudo durante a inserção da pesquisadora em campo nos períodos das observações participantes. Entretanto, por consequência da grande rotatividade, principalmente da APS do município, a pesquisadora se deparou com esvaziamento dos profissionais que participaram de todas as etapas das estratégias de educação permanente nas rotinas desses serviços.

Frente a essa barreira, coordenadores e profissionais da atenção especializada e básica indicaram profissionais que continuavam na rede durante reuniões do Comitê de Educação Permanente, disponibilizando os respectivos contatos, desta forma, a autora realizou pactuação prévia e, posteriormente, as entrevistas. Essa flexibilização foi tomada frente ao objetivo de obter a amostragem mais heterogênea possível dentro desse cenário, caracterizando a amostra por conveniência.

As atividades observadas e os dias de inserção nos cenários foram pactuados previamente em reuniões do CEP e em articulação direta com o gestor de um dos CAPS do município.

3.5- Coleta de dados

Visando assegurar maior credibilidade para os resultados e a posterior triangulação, utilizou-se mais de uma estratégia de coleta de dados. Também, realizaram-se duas estratégias de aculturação descritas nos tópicos seguintes. A logística da coleta de dados se estruturou por meio dos métodos de observação participante com registros em diários de campo e realização de entrevistas semiestruturadas, conforme roteiro prévio validado pela entrevista piloto e exame de qualificação posteriores (Apêndices I e II).

3.5.1- Estratégias de Aculturação

Antes da coleta formal de dados, a integração ao ambiente de estudo é fundamental. O termo aculturação implica se adaptar à rotina do local e absorver mentalidades, costumes e valores da população em estudo. ⁽⁷⁰⁾

Esse conceito representa uma etapa preliminar à coleta de dados propriamente dita, permitindo ao pesquisador conhecer previamente a população e o ambiente a serem investigados. Nessa fase, podem-se definir o espaço de estudo, o grupo de interesse, os critérios de amostragem e as estratégias de entrada no campo. ^(70,71)

A entrada em campo e o contato inicial com os informantes são momentos determinantes na pesquisa qualitativa, pois estabelecem o início de uma relação de confiança. Quando o pesquisador compreende a linguagem e a cultura do grupo, a interação se aprofunda, enriquecendo os dados coletados posteriormente. Além disso, essa etapa facilita o desenvolvimento da rede de relações e permite ajustes iniciais nos instrumentos que serão usados na coleta formal de informações. ^(70,71)

A literatura enfatiza a importância de se estabelecer maior proximidade com o grupo estudado, não apenas para compreender melhor as particularidades, mas também para garantir que o pesquisador seja bem recebido pelos participantes. A qualidade dos dados obtidos depende significativamente da relação entre pesquisador, os sujeitos e o contexto, quando for o caso. Além disso, a entrada em campo e o contato inicial com os informantes são considerados momentos críticos que estabelecem a base para uma relação de confiança. ^(70,71)

3.5.1.1- Entrevista de aculturação

A entrevista de aculturação foi prevista no projeto do presente estudo e realizada por intermédio da Plataforma *Google Meet*, em 19/04/2022, com uma profissional da RAPS do município campo, tendo duração média de 28 minutos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, conforme o roteiro pré-definido no Apêndice I. Após a transcrição integral e leitura da entrevista, as falas da profissional foram analisadas, conforme os domínios e desfechos propostos pela estrutura do TDF.

Por meio dessa entrevista, foi possível evidenciar que os dados resultantes se mostraram confiáveis e correspondentes aos desfechos esperados, na perspectiva qualitativa, durante o uso do *framework*, assim como aos objetivos do estudo

Além disso, o momento da entrevista de aculturação desencadeou mudanças para aperfeiçoar os instrumentos de coleta de dados e a compreensão das questões pelos futuros entrevistados com a pesquisadora. Essas modificações se limitaram a mudanças de vocabulário, com objetivo de facilitar a compreensão dos entrevistados, e foram aderidas aos instrumentos utilizados na etapa de coleta de dados, após a aprovação no exame de qualificação do projeto, aumentando sua credibilidade.

3.5.1.2 - Participação no Comitê de Educação Permanente

Na pesquisa que originou o presente estudo, a instituição do Comitê Gestor de Pesquisa (CGP) é um exemplo da elaboração de EI para a parceria com a comunidade e aproximação dos atores do trabalho em saúde e do cuidado no mundo real. ⁽³⁶⁾

Composto por pesquisadores vinculados à instituição de ensino, gestores e trabalhadores locais, além de membros da gestão municipal diretamente envolvidos na coordenação dos serviços de SM, a operação se destacou pela participação horizontal das partes interessadas, por meio de encontros periódicos, possibilitando a avaliação e a viabilidade do estudo na percepção de quem vive a prática do cuidado no mundo real. ⁽³⁶⁾

Com a finalização da etapa de implementação do estudo, como previsto durante o planejamento, optou-se pela realização de transição do Comitê Gestor de Pesquisa para um Comitê de Educação Permanente (CEP), em parceria com a universidade e gestão municipal, para conferir sustentabilidade às atividades de educação permanente em SM. ^(36,37)

Após a retirada da equipe de pesquisa inicial, no início do ano de 2022, as reuniões do CEP continuaram a acontecer mensalmente, com duração aproximada de três horas, mantendo a conformação original. Toma-se como conhecimento a participação da autora principal em encontros mensais do CEP, durante o ano de coleta (2022).

3.5.2 - Observação participante

A observação é um dos diversos métodos de coleta de dados da pesquisa qualitativa, advinda do campo da etnografia e muito presente nos estudos antropológicos, essa metodologia propõe a inserção do pesquisador no ambiente/grupo investigado, tornando-se parte dele e interagindo por períodos com os sujeitos para experienciar e compreender os significados atribuídos àquele contexto e/ou fenômeno investigado. ⁽⁷²⁾

Comumente associada a outras técnicas de coleta, como a realização de entrevistas, a observação possibilita contato estreito entre o pesquisador e o objeto de estudo, potencializando experiência direta e verificação fiel da ocorrência de determinado fenômeno. ⁽⁷³⁾

Há algumas variações encontradas na literatura sobre essa metodologia, como em relação ao grau de participação no trabalho, a explicitação do papel e dos propósitos da pesquisa junto aos sujeitos e quanto à forma de inserção no contexto investigado. ^(72,73)

Decidir o grau de envolvimento no contexto do estudo não se limita a decidir entre o método de observação participante ou não participante, o pesquisador pode decidir se atuará como participante total do grupo ou em posição de maior distanciamento. ^(72,73)

Outro tipo de decisão que o pesquisador deve enfrentar é em que medida tornará explícito o seu papel e os propósitos de estudo, desde a sua total explicitação até a não revelação. Dentro desses limites, situa-se quanto aos tipos de observação: participante total, participante como observador, observador como participante e observador total. ^(72,73)

No presente estudo, a pesquisadora optou pelo envolvimento enquanto “participante como observador”, revelando apenas parte das atividades e dos objetivos durante a participação nas atividades previstas, enfatizando apenas a participação na pesquisa como um todo, no processo de avaliação, em busca de não provocar alterações no comportamento do grupo observado. ^(72,73)

Outra variação em relação à observação recai sob o tempo dispendido no campo do estudo, ao contrário dos estudos antropológicos e sociológicos, em que o pesquisador permanece, no mínimo, seis meses e até anos convivendo com o grupo,

os estudos em outras áreas têm sido mais curtos e a definição do tempo em campo considera fatores como a possibilidade de acesso aos dados, receptividade do trabalho pelo grupo e representatividade da amostra. ^(72,73)

Ainda, a observação pode acontecer de forma estruturada ou não, ou seja, o pesquisador pode ir ao campo com roteiro previamente elaborado com estruturas pré-formuladas para guiar a observação e posterior análise. ⁽⁷²⁾ Optou-se pela forma estruturada, por meio de roteiro de observação e uso de diários de campo para registro.

O roteiro para observação participante foi fundamentado pelo *framework* proposto por Cane *et al.* (2012) e pelo modelo de questionário propostos por Huijg *et al.* (2014), desenvolvido, visando compreender os domínios propostos pelo TDF e os comportamentos dos profissionais de saúde em relação a implementações em diferentes contextos e momentos, podendo ser observado no Apêndice II. ^(60,64)

Durante a inserção nessas atividades, diversos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar da RAPS foram observados: enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e médicos.

Ainda, seguindo a logística proposta na metodologia, realizaram-se notas descritivas e impressões pela autora em diários de campo operacionalizados conforme um roteiro prévio (Apêndice II), durante as observações que foram transcritas e submetidas a uma análise prévia, conforme o roteiro para registro de impressões pessoais, logo após a saída do campo, para evitar vieses de memória.

3.5.3 - Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada é uma das técnicas de coleta de dados mais comuns no campo das pesquisas qualitativas, pode ser resumida como conceito na construção de um diálogo orientado, com objetivo definido, levando o entrevistado a realizar livres associações sobre temas específicos que, posteriormente, resultam em dados que serão analisados. Na literatura, há algumas formas de entrevistas mais utilizadas, como a entrevista estruturada, semiestruturada, aberta e entrevistas com grupos focais. No presente estudo, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas. ⁽⁷⁴⁾

Ao combinar perguntas abertas e fechadas, esse tipo de entrevista acaba possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, já o pesquisador segue um conjunto de questões previamente definidas, porém, em tom muito semelhante ao de uma conversa informal. ⁽⁷⁵⁾

Dessa forma, as vantagens de sua utilização recaem sob a elasticidade de sua duração, na profundidade do diálogo estabelecido e na maior proximidade entre o entrevistador e o entrevistado. Assim, conseqüentemente, essas vantagens culminam em resultados mais próximos da realidade e perspectivas dos participantes, cumprindo com o objetivo do presente estudo e justificando sua escolha. ⁽⁷⁵⁾

Semelhante à estruturação do roteiro de observação participante, também, elaborou-se roteiro para condução da entrevista semiestruturada composto por dados de identificação pessoal do entrevistado (a) - categoria profissional, tempo de atuação etc. Perguntas abertas (em relação à percepção e sugestões da intervenção em si) e elaboradas, conforme alguns domínios da estrutura utilizada, a saber: papel e identidade profissional e social, regulamentação comportamental, contexto e recursos e influências sociais, o instrumento na íntegra pode ser observado no Apêndice I.

3.7 - Procedimentos Éticos

O estudo foi submetido e aprovado, sob parecer de n.º 3.065.312, pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, seguindo as normas e diretrizes brasileiras de regulamentação de pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012, além das disposições da Declaração de Helsinque, pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 00827918.8.0000.5404.

Dessa forma, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para formalizar a inclusão no estudo (Apêndice III). O termo foi lido em conjunto com os participantes para fornecer informações acerca do estudo e retirada de dúvidas, seguindo, então, para formalização da participação após assinatura. Ainda, as identidades dos participantes foram codificadas e falas que possam identificá-los foram omitidas, visando preservar o anonimato.

4- ANÁLISE DE DADOS

Os dados registrados em diário de campo durante as observações e os materiais de áudio gravados durante as entrevistas semiestruturadas foram minuciosamente transcritos pela autora principal. Em seguida, esses dados foram submetidos a um modelo híbrido de análise temática de conteúdo, que combina análises dedutivas e indutivas. ^(76,77)

A análise dedutiva consiste na aplicação de categorias/códigos pré-definidos, conforme o modelo teórico escolhido, simultaneamente, emprega-se a análise indutiva, na qual as categorias emergiram dos dados brutos coletados. Deste modo, os temas identificados por meio dessa análise estabelecem relação direta com os próprios dados, uma vez que deles advêm, enquanto apresentam menor associação com as questões formuladas consoante os referenciais. ^(77,78,79)

A adoção do modelo híbrido de análise de conteúdo proporciona benefícios significativos, incluindo a possibilidade de identificar novos temas que surgem a partir da experiência prática, por meio da abordagem indutiva. Desta forma, os resultados transcendem o escopo da análise pré-definida, enriquecendo a compreensão do fenômeno em estudo. ⁽⁷⁶⁾

Nesse contexto, os dados coletados foram submetidos à análise temática de conteúdo, com a utilização de categorias pré-determinadas, as quais correspondem aos domínios propostos pela estrutura adotada. Simultaneamente, ocorreu análise indutiva de conteúdo, resultando na identificação de novas categorias que complementam as categorias previamente estabelecidas, com base no referencial teórico adotado.

Assim como proposto pela modalidade híbrida, inicialmente, antes do início da análise de dados propriamente dita, desenvolveu-se um *template*, em formato de tabela (Apêndice IV), visando organizar as categorias apriorísticas adotadas (domínios e constructos advindos do *framework* (TDF) e do modelo teórico escolhido (COM-B) para análise dos fragmentos que se relacionam entre si, auxiliando na interpretação dos dados coletados. ^(76,77)

Na etapa seguinte, realizou-se a pré-exploração do material transcrito e leitura exaustiva do corpus das entrevistas e diários, com intuito de organizar aspectos

importantes dentro do *template* elaborado e na criação de novas categorias apriorísticas. Assim, unidades de análise foram selecionadas, segundo as categorias apriorísticas e organizadas dentro do *template*, dividindo-se entre "facilitadores" e "barreiras" definidos, respectivamente, como fatores que permitem ou impedem que a CEE produza os efeitos desejados.

Em outras palavras, ao analisar a percepção dos trabalhadores nessa etapa, em torno da implementação e da sustentabilidade dos dispositivos de integração de rede após a CEE, estabeleceram-se as seguintes perguntas para categorização e interpretação dos dados: quais os obstáculos e fatores favoráveis encontrados? Como eles se relacionam com os domínios e componentes da mudança comportamental? Quais os facilitadores e as barreiras mais comuns na perspectiva dos profissionais? Como eles se relacionam com a sustentabilidade do cuidado compartilhado?

A partir desses questionamentos, o *template* passou a exercer papel de guia para a análise dos dados, mas não de forma restrita, uma vez que, a partir da análise indutiva de forma concomitante, novas categorias não apriorísticas foram sendo estabelecidas, mediante as etapas de pré-exploração, seleção das unidades e processo de categorização, por meio de frequência e relevância. ^(76,77,78)

Como descrito durante a seção da coleta de dados, a análise ocorreu desde o início da coleta de dados, possibilitando a avaliação do processo de saturação teórica, frente à repetição considerável das categorias, como pode ser observado no *template* anexado.

Como previsto na literatura, a adoção da modalidade híbrida neste estudo se mostrou adequada, ao passo que possibilitou processo de interpretação organizado e detalhado dos dados coletados.

5 - RESULTADOS

As observações ocorreram nas seguintes atividades durante os meses de setembro e outubro de 2022: quatro reuniões de apoio matricial, com duração média de duas horas referentes a nove equipes de ESF distintas e duas reuniões de equipe da atenção especializada (CAPS II), também com duração média de duas horas, totalizando dez horas de observação participante.

Também, realizaram-se onze entrevistas no total, seguindo o roteiro previsto (Apêndice I) entre setembro, outubro e novembro de 2022. As entrevistas foram audiogravadas após compreensão e consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas pela própria autora. As descrições em relação aos participantes das entrevistas estão expressas no Quadro 1.

Sexo	Categoria Profissional	Tempo de formação (anos)	Especialização em Saúde Mental	Serviço de Referência	Tempo de atuação na rede (anos)
F	Fonoaudióloga	20	Não possui	Atenção Especializada	11
F	Enfermeira	13	Não possui	Atenção Especializada	2
F	Psicóloga	14	Possui	Atenção Especializada	4
F	Assistente Social	47	Possui	Atenção Especializada	33
F	Técnica de Enfermagem	40	Não possui	Atenção Especializada	1
M	Psicólogo	12	Possui	Atenção Especializada	10
F	Técnica de Enfermagem	3	Não possui	Atenção Básica	1
F	Agente Comunitária de Saúde	-	Não possui	Atenção Básica	7
F	Agente Comunitária de Saúde	-	Graduação em Psicologia	Atenção Básica	8

F	Agente Comunitária de Saúde	-	Não possui	Atenção Básica	19
M	Auxiliar Administrativo	-	Graduação em Psicologia	Atenção Básica	3

Quadro 1 – Descrição de participantes das entrevistas semiestruturadas

5.1 - Análise dedutiva - Utilizando as categorias do TDF

Como citado, para apresentar os resultados, segundo o modelo de análise híbrida de conteúdo, os dados brutos obtidos a partir da observação participante e das entrevistas semiestruturadas foram submetidos à análise dedutiva, resultando na criação de um *template* que reflete os domínios e resultados propostos pelo TDF, observável na íntegra no Apêndice IV.

Para melhor compreensão do *template*, é necessário descrever os componentes: as unidades de registro foram categorizadas conforme os domínios propostos pelo TDF. No *template*, é possível observar como esses domínios se relacionam com os componentes da BCW (*Behavior Change Wheel*), respectivamente.

Ao examinar a estrutura do *template*, observa-se que os facilitadores mais proeminentes, segundo a perspectiva dos profissionais, estão relacionados aos domínios de conhecimento, habilidades e crenças sobre capacidades. Em relação às barreiras, há evidente abundância de fragmentos que se relacionam com os domínios de contexto e recursos, influências sociais e crenças sobre consequências.

A seguir, apresentam-se alguns fragmentos das entrevistas (E) e das observações (OP), representativos das categorias mais frequentes. Além disso, a visualização completa do *template* utilizado durante a análise pode ser encontrada nos Apêndices I e II.

Facilitadores

1. Conhecimento

“A capacitação me deu esse olhar mais diferenciado para outras questões, principalmente do fluxo, de como a gente pode mudar e tentar melhorar esse fluxo e no meu dia a dia também, a questão do direcionamento, até orientar, eu, tipo como não foi todo mundo do posto que teve essa capacitação, orientar os outros profissionais nesse acolhimento também.” (E11).

Frente à discussão do grupo acerca do receio de uma possível agressividade dos usuários em saúde mental, P1 fala da importância do trabalho em equipe em situações de vulnerabilidade e conflito e retoma sobre a eficácia do profissional de referência para abordagem terapêutica com o usuário nesses momentos. (OP1)

“A gente passou a ter uma noção, a gente passou a bater muito na tecla de entender o que é a rede e de como a rede deve se comportar, principalmente nos aspectos do acesso, né? Priorizar o acesso do serviço que chega na especialidade, mas passou pela atenção primária, né? Então, eu acho que nessa parte foi super efetivo.” (E8)

Equipes da AB se mostraram articuladas e preocupadas em relação aos contextos sociais e familiares dos casos citados. (OP3)

“Eu acho que, a princípio, durante a participação, eu fiquei muito feliz, eu estava a pouquíssimo tempo no serviço e, aí, foi muito legal poder falar sobre saúde mental, era algo que eu não fazia a mínima ideia do que era, porque nas unidades em que eu atuei, que eram unidades básicas, a gente praticamente tinha aquela conduta do “surtou, mandou”. Tipo: “ah nossa, tchau”, não é problema nosso, não é a gente quem acompanha.” (E2)

Reconhecimento da importância acerca de ofertas terapêuticas, além de ofertas medicamentosas/reconhecimento de cultura de medicalização automática. (OP3)

“Uma coisa que é fundamental, é que a gente não pode ver o paciente, essa pelo menos é a minha percepção, e é esse cuidado que eu sempre tive, de olhar para esse paciente mesmo, mas ele como um todo, sabe? Eu não consigo fatiar o ser humano. Então, isso é fundamental, porque esses pacientes que têm esses distúrbios, normalmente, ele é visto somente como um distúrbio, a doença em si, não vê ele como um todo, como a saúde física, a família ela é fundamental também no tratamento do paciente.” (E9)

Profissionais reconhecem coletivamente a potência de conhecimento acerca de família, território e renda. (OP3)

2. Habilidades

“Eu não tinha [habilidade para manejo com os usuários em saúde mental], então, em muitas falas eu ficava assim: “ah, frescura, vai trabalhar que passa” entendeu? E depois [após CEE], eu ficava assim “não, peraí, calma, não é assim”. Então, eu acho que é mais assim, de você conseguir pegar as coisas no ar, de ter mais atenção nas falas das pessoas...” (E7)

P1 fala sobre importância do acolhimento, realizando inclusive orientações com os pais no caso de adolescentes, cita exemplos de resolutividade de casos de usuários em apenas um momento de acolhimento; A2 concorda e cita exemplo de instrumentos como o genograma e o ecomapa que podem ser realizados durante o acolhimento e auxiliam na estruturação do mapeamento das demandas e estratégias de resolução. (OP2)

“É, eu vim de um município em que a gente não tinha CAPS, não tem ainda. Então, quem acolhia os pacientes psiquiátricos era a gente na própria unidade, então, a gente foi aprendendo a fazer essas coisas. Quando eu vim para cá e foi ter a capacitação e a gente foi escolhido para participar, nossa, eu lembro

que pensei, “vou aprender a fazer alguma coisa que até então eu só estava fazendo na raça, então, vai ser muito bacana”, aprendemos bastante em relação a isso.” (E2)

Durante a discussão de caso da outra unidade de referência, A2 sugere articulação com os ACs para investigar a percepção dos moradores do território sobre a usuária e sua condição de vida para conduzir futuras intervenções. (OP2)

“É isso assim, a prática em si, o trabalho em si, eu não vou falar pra você “mudei” em tal e tal sentido, eu acho que eu ampliei o meu olhar, não pensando só na criança que entra e saí, mas me aproximei um pouco mais das famílias, de às vezes fazer uma escuta com essa família...” (E1)

3. Crenças sobre capacidades

“Não me trouxe uma nova maneira de agir, mas me trouxe uma segurança de que eu podia fazer o que eu queria fazer, então assim, para mim, foi muito bom.” (E2)

“A capacitação ela veio me abrir na forma de ver esses pacientes e na forma de abordar, ter um entendimento, muitas vezes, a gente fica incapaz de entender aquele diálogo, quando você não tem uma ideia dos CID’S, uma ideia de todos aqueles transtornos, então, para mim, ficou assim, me deu o fortalecimento para continuar porque era algo muito diferente do que eu já tinha visto até esse momento”. (E9)

Profissionais da ESF se mostram empoderados em relação à capacidade de exercer um acolhimento humanizado/escuta ativa e qualificada ao usuário em saúde mental. (OP2)

“Eu acho que para mim foi bastante fluído, eu me sinto mais solta, a gente só tem segurança de falar quando você detém conhecimento, você só vai se sentir segura para falar, para pedir ou para fazer essa interlocução, aí, quando você detém o conhecimento mínimo necessário e nos causa essa insegurança, a

gente fica até com medo de falar, está falando besteira, então, eu acho que nesse sentido, para mim foi muito bom.” (E9)

“Então a capacitação foi isso, de trazer a importância do nosso trabalho, de valorizar o nosso trabalho, porque quando você começa a trabalhar em grupo, você vê que tudo que a gente faz não é pouco, porque, às vezes, aqui, a gente tem muito a sensação de insuficiência, sabe?” (E10)

Barreiras

1. Contextos e recursos

“É, nós já tivemos muito mais trabalhadores aqui, a gente tinha aqui, quando abrimos o CAPS, um número muito maior de profissionais e uma clientela muito menor, então, o trabalho fluía muito melhor. Hoje, a gente tem muita dificuldade por conta do número reduzido, por exemplo, nós tínhamos duas terapeutas, ficamos com uma só, nós tínhamos quatro enfermeiros e mais três profissionais de enfermagem, hoje, nós temos só uma enfermeira e dois profissionais de enfermagem, nós tínhamos monitor, hoje, a gente não tem mais, nós tínhamos guarda, hoje, não tem mais, então, diminuiu bastante o número de funcionários. Algumas atividades que a gente dava conta de fazer, hoje em dia está mais difícil.” (E5)

Profissionais relatam diversas tentativas de acessar os serviços especializados, mas há constante sentimento de limitação frente à estrutura do serviço, território e recursos humanos, relatam falta profissionais para encaminhamentos específicos, quando necessário. (OP1)

"Ao mesmo tempo que melhorou com a capacitação, a gente perdeu por conta do NASF, então, é aquela questão, foi bom, mas aconteceu uma coisa muito pior que acabou ficando no meio do caminho. Se tivesse bonitinho, se tivesse um NASF junto, a gente estaria muitos degraus acima, acho que foi bom, ajudou e capacitou, mas a gente perdeu muito com isso, o nosso ESF sentiu muito.” (E10)

A1 concorda sobre a importância do acolhimento e da escuta ativa, porém, pontua sobre angústia frente à falta de ofertas que podem ser feitas para os usuários e do quanto seria interessante para o caso em questão poder ofertar algo além dessas duas ferramentas. (OP2)

“Bom, quando eu participei daquela capacitação foi muito, como que eu posso dizer, a gente conseguiu ver várias falhas que tinham dentro do sistema que a gente trabalha, coisas que poderiam ser melhores e não são, atendimentos que poderiam ser mais completos e não são, busca ativa que deveria acontecer e não acontece, rede de apoio que deveria ter e não tem, então assim, a gente acabou pegando muita coisa ruim que deveria ter e que se você for pensar bem, não acontece, então, assim, é triste, né? Falar de saúde mental e você saber que a pessoa está precisando de ajuda e você tem recursos, mas esses recursos não chegam até à pessoa ou se chegam, chega falho, chega com um monte de processo administrativo antes que são coisas burocráticas e essa pessoa precisa desse acesso o mais rápido possível, bem complicado, foi bem pesado assim, saber que a saúde mental precisa disso e não tem.” (E7)

“É um desmonte, entendeu, a gente briga sobre isso, a gente fala, mas assim, o município ainda manteve, não sei como é em campinas, mas aqui manteve, assim, eram duas equipes, depois o governo tirou a obrigatoriedade, logo tirou o recurso, aí, ficou uma equipe, só que ficou por um tempo só, porque, depois, o município não conseguiu mais comportar, entendeu? Então, tipo teve esse desmonte, porque não eram concursados, a fundação que são os profissionais de dentro da equipe, fora os agentes comunitários, eles são terceirizados, então, eles foram todos dispensados.” (E10)

“Ficou uma coisa muito vaga, uma coisa que as pessoas diferenciam pouco de ganho por ter feito a capacitação por conta de que muita gente não está mais na rede, muita gente que participou da capacitação não está mais na rede e a maior parte das pessoas que estão na rede e que fizeram a capacitação são mais os profissionais ali, os agentes, por exemplo, a parte na intervenção mesmo, até de receber e lidar com alguns casos no serviço não é uma coisa que tem muita intervenção da parte deles.” (E8)

2. Influências Sociais

“Mas, a gente ainda sente um pouco de resistência, às vezes, em relação a esse trabalho em rede mesmo. Às vezes, a pessoa quer, é “ah, mas porque não fica só aí? Porque precisa disso, por que isso não fica em tal lugar e porquê que isso não faz assim? É... ainda é difícil a continuidade de entender como um todo.” (E2)

Profissionais relatam inúmeras tentativas de articular soluções dentro da própria unidade para não terem que encaminhar o usuário para atenção terciária pela falta de estrutura do serviço, porém se vêem limitados pela própria dinâmica do CAPS II que não possui leito de permanência e não conseguem estar com o paciente após as cinco da tarde; têm perspectiva de solução através de um serviço como o CAPS III, por exemplo. (OE1)

“Então, para mim, capacitação é conhecimento, é um ganho de conhecimento e eu quero exercer, quero praticar esse conhecimento, eu tento fazer acontecer e quando acontece, eu tenho para onde direcionar? Eu tenho o apoio desta equipe que me ajude? Não.” (E4)

Profissionais demonstram manejos e estratégias adequadas para o cuidado articulado em rede em saúde mental, porém, se vêem extremamente limitados e frustrados em relação aos demais serviços, sobretudo à atenção terciária e ambulatório. (OE1)

“Agora, você falar assim, existiu alguma coisa da instituição em relação a isso? Aí, eu falo que não. Em termos assim, eu me via como um componente da instituição que fazia essa valorização da pesquisa com a minha equipe, não isso de fora para dentro, isso eu acho que não houve. Assim como não houve alguma coisa do pós pesquisa de valorização e trabalhar com esses dados, com esses recursos que foram disponibilizados, até, desde que houve o encerramento lá com o pessoal da rede, que foi passado os resultados com a finalização dos dados e tal, eu não vi nenhum movimento do que fazer com

isso, então veja, e eu sempre falava que as coisas iam acabar engavetadas em algum lugar e é o que parece que ficou assim". (E8)

3. Crenças sobre consequências

"Não acho legal fazer duas equipes (apoio matricial) que não tem nada a ver junto, eu acho que o CAPS deveria vir na nossa unidade, falar sobre os nossos pacientes, não que a gente se desloque para lá, para falar sobre os pacientes deles junto com os nossos." (E7)

A1 questiona se realmente não há a possibilidade de separar as equipes durante os apoios (realizar uma reunião individual para cada equipe), pois cada equipe tem muitos casos e, em uma reunião compartilhada, não há tempo hábil para discutir todos os casos do território. (OP1)

"Tem benefício (compartilhamento de casos) quando é da sua equipe, por exemplo, se eles viessem aqui falar sobre os casos da nossa unidade, não todo mundo junto lá em uma hora, duas, três horas que fale, eu acho que é muito pouco tempo para você falar, tem uns pacientes pesadíssimos aqui, entendeu?" (E7)

Profissionais da atenção básica concordam coletivamente que seriam mais beneficiados por discussões individuais de equipes, pois há um sentimento generalizado de mágoa e frustração, por não ter tempo hábil de discutir cada um, associado à falta de resolutividade concreta. (OP1)

"Eu acho que a gente tem que considerar os parâmetros da rede, quando eu penso muito em capacitação, eu penso muito em treinamento, quando a gente tem essas características da rede que ela é uma rotação muito grande de profissionais, uma coisa que fica clara é que é uma coisa que tem que ser permanente, porque esse profissional não vai estar aqui amanhã e terá que ser um outro profissional e a gente tem que estar sempre articulando alguma coisa". (E8)

Profissionais da atenção básica não reconhecem a potencialidade do olhar biopsicossocial para resolução de casos/demandas e expressam necessidade de diagnóstico/lógica biomédica para sentimento de resolutividade. (OP1)

“Sim, a gente faz essas reuniões (apoio matricial), que a gente faz, geralmente, ninguém quer ir, geralmente vai enfermeiro, eu vou, só não vou quando há algum tipo, tem algum compromisso e não posso ir, geralmente, é muito difícil achar alguém que queira ir, porque? Você leva os problemas, leva os pacientes, você discute sobre e não tem resolutividade.” (E10)

5.2 - Análise indutiva e elaboração de novas categorias

Durante o processo de análise indutiva dos dados, duas novas categorias temáticas foram identificadas - “os encontros educacionais e a utilização de metodologias para educação em serviço: perspectivas e experiências” e - “efeitos de desfinanciamento e descaracterização de serviços”, unidades de registro que as representam podem ser observadas na sequência.

1. Os encontros educacionais e a utilização de metodologias para educação em serviço: perspectivas e experiências

“O jeito que foi trabalhado eu achei muito bom, inclusive, depois eu participei de outra capacitação que eu pensava “pelo amor de Deus porque não chama o povo do Entre Redes”, porque a outra capacitação era um horror. Que você pensava “estou perdendo meu tempo aqui”, o link não ia, as salas não iam, não dava para fazer grupos, foi terrível. Então, assim, a estrutura foi muito bem feita, eu não sei quantas pessoas tinham em cada encontro, mas foi tudo muito bem organizado, a gente tinha espaço de fala, a gente tinha espaço para tudo. Então, com relação à organização da capacitação, assim eu achei tudo maravilhoso. Das capacitações que eu participei, acho que foi uma das melhores, de verdade. Com relação ao conteúdo que foi abordado para o que era a ideia, eu acho que não faltou nada.” (E1)

“Eu percebo que assim, na capacitação, os grupos eram muito ricos de material para gente poder entrar em discussão, eram feitas várias provocações, para que a gente pudesse criar, sair da zona de conforto e pensar em estratégias

para resolver as coisas.... é uma coisa que para mim é bom porque, aí, você percebe que a minha maneira de trabalhar é “todo mundo segue um todo” então não tem saúde, educação e ação social, tudo é pra ser, todo mundo é a prefeitura, então eu gosto desse tipo de vínculo com toda a rede.” (E2)

“Acho que pensou-se muito na parte de como pensar no usuário do sistema e não de focar muito no decoreba de ficar falando de CID, de características de sintomas, acho que não, mas é pensar nessa integração do usuário na rede e como que ele precisa ser enxergado, para que você, efetivamente, entender a maneira de atuar naquele caso, eu particularmente gostei muito daquele módulo lá que foi aquela coisa mesmo de abrir o olhar para não ficar aquela coisa muito patologizante, mas de abrir o olhar para a pessoa nessa integração dela com o todo para conseguir intervir, acho que isso foi bastante bacana.” (E8)

“A capacitação sofreu muito com isso (pandemia e isolamento social), assim, o fato de ser a distância, pessoal não tinha repertório para, você vê uma dificuldade assim na interação pelo vídeo, do jeito que foi feito, então, dava até um... Porque por exemplo, uma coisa que eu batia muito na tecla é que eu queria que fosse feito em um espaço separado que não fosse no serviço, muita gente fez a capacitação a distância, mas no serviço, então, você via que assim, às vezes, tinha alguém saindo, a apropriação do espaço foi diferente do que eu tinha expectativa de que seria feito no presencial, mas é aquilo, foi a adaptação à pandemia, então, as pessoas foram construir repertório para coisas que não fossem presenciais, então, eu acho que isso interferiu muito no resultado, acho que no impacto, de poucos relatos de pessoas que falam assim “ah não, a minha prática mudou depois que eu participei desse processo”, eu vi alguns agentes que focaram nisso e só.” (E8)

“Eu acho que poderia ser algo bem didático no sentido de tudo, vamos dizer assim, de realidade, mais efetiva, do funcionamento do CAPS, as relações desde o coordenador, desde o profissional que faz as referências e que fosse uma coisa mais simplificada dentro da prática, de saber como a gente vai

acolher, de que forma a gente vai abordar esse paciente, até no sentido de crises, sabe?” (E9)

“Então, é nesse sentido, acho que a capacitação, além de todo o conhecimento técnico de acompanhamento, ela precisa também monitorar o trabalho da equipe, periodicamente, não em um tempo muito longo mas in loco, na prática mesmo, eu acho que tem muito mais valor, no sentido imediato sabe, nos resultados que a gente possa receber do paciente e da família, eu acho que essa troca ainda está um pouco solta, então, se puder fazer uma liga melhor, pelo menos essa é a minha visão.” (E9)

2. Efeitos de desfinanciamento e descaracterização de serviços

“Ao mesmo tempo que melhorou com a capacitação, a gente perdeu por conta do NASF, então, é aquela questão, foi bom, mas aconteceu uma coisa muito pior que acabou ficando no meio do caminho. Se tivesse bonitinho, se tivesse um NASF junto, a gente estaria muito de graus acima, acho que foi bom, ajudou e capacitou, mas a gente perdeu muito com isso, o nosso ESF sentiu muito.” (E10)

“Ah, nós tínhamos muitos cursos, todas as ações que eram realizadas na comunidade ou no município, era tudo em conjunto, primeiro chamavam os agentes comunitários, fazia uma capacitação, explicava o que ia ser feito e depois a gente fazia a ação, era muito curso: vacinação, saúde mental, trabalho em equipe, DST, HIV, então, era tudo relacionado com o nosso trabalho, com o tempo foi trocando os gestores e isso foi se perdendo, então, esse olhar para a saúde foi se perdendo”. (E4)

6 – DISCUSSÃO

6.1 – O cenário após os encontros educacionais: facilitadores percebidos e barreiras na sustentabilidade do cuidado compartilhado e do AM

Por meio da elaboração da ToC, durante o planejamento da pesquisa, resultados foram premeditados para implementação efetiva do cuidado articulado em rede no município, entre estes, relacionam-se com objetivo deste estudo e podem ser retomados para compreensão da CEE - a conscientização e capacitação para o trabalho compartilhado, a qualificação do processo de trabalho, por meio de recursos coletivos e comunitários, e a implementação de um comitê de educação permanente no município. ⁽³⁷⁾

Fatores como discriminação, estigmas, desvalorização e falta de conscientização em relação à importância da atenção, promoção e prevenção em SM são consideradas barreiras significativas na implementação da assistência efetiva e integrada nessa área, em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Frente a essas barreiras, abordagens para resolução abrangem estratégias e programas para sensibilização, suporte e treinamento permanente de trabalhadores. ^(80,81,82)

Os resultados expostos vão ao encontro dessa prerrogativa, ao demonstrar percepção positiva da CEE na rotina dos serviços, por meio de mudanças positivas (construção de facilitadores), apontadas nos domínios de conhecimento, habilidade e empoderamento profissional.

Essas repercussões, evidenciam que essa EI pode ampliar a compreensão desses trabalhadores acerca do tema proposto. Esse processo pode estar articulado com a emancipação desse ator social e influências importantes nos processos de trabalho.

Retomando o modelo teórico de mudança comportamental, um dos determinantes que compõem um comportamento é a capacidade, composta por processos psicológicos e físicos, como os domínios de conhecimento e habilidade. ⁽⁶⁵⁾

Ao encontro desses determinantes, perspectivas profissionais demonstraram anseio pela realização de um trabalho que concretize condutas apropriadas e responsáveis na assistência em SM, contemplando todas as dimensões do usuário, das quais se destacam dimensões familiares, econômica, territoriais e fisiológicas.

Essa construção também se relaciona com indicações evidenciadas pela literatura internacional e nacional que caracterizam a construção de um equilíbrio de ações integradas entre a atenção primária à saúde, atenção especializada e a atenção comunitária como aliadas no preenchimento da marcante lacuna na assistência à população acometida por transtornos mentais e/ou em sofrimento psíquico. ⁽⁸²⁻⁸⁸⁾

Nota-se, também, uma valorização dos processos e fluxos de referência e contrarreferência, realização de registros clínicos e dados subjetivos, adoção de recursos coletivos e comunitários e do papel de porta de entrada ao sistema pela APS. Dentro dos aspectos coletivos e comunitários, notam-se perspectivas que reafirmam a importância de conceitos como trabalho em equipe, grupos terapêuticos, acolhimento, desconstrução do modelo biomédico e medicalizante e atuação em rede. (21,22)

Ainda, os profissionais relacionam a estratégia com o aperfeiçoamento de habilidades durante o acolhimento, a escuta ativa, o mapeamento de problemas e a comunicação entre redes, além de senso de resolutividade de demandas, contribuindo no processo de valorização em relação ao próprio trabalho.

Pode-se relacionar essa perspectiva com resultados da análise indutiva que apontam aspectos positivos nas metodologias utilizadas durante a estratégia, sobretudo, por conta de seu caráter participativo, didático e coletivo, apesar das barreiras impostas pela pandemia e necessidade de adoção às ferramentas virtuais.

De forma geral, há um senso de resolutividade frente aos casos clínicos discutidos durante os encontros e a capilarização desse resultado na prática, demonstrando relação direta dos resultados da estratégia com a construção de facilitadores nos domínios de conhecimento, habilidades e crenças sobre capacidades. (65)

Como representado na Figura 1, o modelo da BCW propõe tipos de intervenções para construção de determinantes específicos: dentro da roda, pode-se observar que o determinante 'capacidade' se relaciona diretamente com propostas de intervenções no campo de formação, capacitação e educação, confirmando, assim, como previsto pelo próprio modelo a efetividade dessas abordagens na melhoria da atuação profissional. (65,82)

No entanto, nos resultados encontrados, há uma sobreposição de barreiras que parecem fragilizar a construção desses facilitadores e, consequentemente, a sustentabilidade efetiva dos dispositivos de integração de rede e do AM em si, após a finalização da pesquisa. De forma majoritária, essas barreiras recaem nos determinantes de contextos e recursos, influências sociais e crenças sobre consequências. (65)

Perspectivas profissionais apontam dificuldades, ao exercitar os conhecimentos transmitidos durante a estratégia nos processos de trabalho da prática

diária: escassez de recursos humanos e estruturais, sucateamento de políticas públicas e uma cultura organizacional repleta de burocracias e rotatividade profissional.

Quanto ao domínio das influências sociais, há perspectivas de resistência e dificuldades da efetivação do trabalho em rede, quando necessário, descontinuidade do cuidado, ausência de apoio da gestão e direcionamento de demandas. ⁽⁶⁵⁾

Esses achados se relacionam a barreiras já estabelecidas na literatura: há ausência de políticas que incorporem e deem respaldo às ações de integração da SM dentro da APS, acarretando déficit no repasse de financiamento, suporte de lideranças públicas e recursos apropriados, tanto estruturais, quanto humanos. ^(15,19)

Outra barreira significativa nos resultados corresponde à carência de crenças de consequências positivas em relação à eficácia da implementação do AM na rede, sobretudo, em relação à sua resolutividade.

Essa percepção aparece de forma contraditória à construção da perspectiva de empoderamento profissional, por meio do facilitador de crenças sobre capacidades, um dos facilitadores mais frequentes nos resultados, uma vez que também está dentro do escopo do determinante de motivação. ⁽⁶⁵⁾

Assim, mantém-se uma perspectiva entre os trabalhadores que reuniões individuais entre a equipe da APS e dos serviços especializados para discussão de casos específicos seriam mais apropriadas e resolutivas do que a lógica do funcionamento do AM em si.

Destaca-se que os fragmentos que remetem a uma predisposição em relação aos encontros de AM de forma coletiva aparecem de forma implícita entre os resultados. A contradição é reforçada frente à construção de facilitadores de conhecimento - profissionais se mostram conscientes sobre a importância e valorização de ferramentas de integração de rede - porém, não visualizam resolutividade na implementação dos encontros de AM, na prática do cuidado.

Esse resultado se sustentou por meio das observações participantes - majoritariamente, durante os espaços de reuniões de AM, houve pouca e/ou nula representação das equipes de referência da ESF. Neste sentido, a compreensão, frente a essas ausências, é de que as questões de saúde mental não mobilizam os trabalhadores da APS de forma coletiva. Logicamente, essa não mobilização não apresenta explicações simples, pois se trata de questão complexa que envolve desde infraestrutura até disponibilidade individual para ocupar esses espaços.

A CEE parece gerar uma mobilização individual e interna dos trabalhadores em executar o cuidado compartilhado e as ferramentas para sua efetividade, como o AM, por meio dos facilitadores encontrados, porém, essa motivação não se sustenta de forma coletiva, uma vez que quando o profissional está inserido no cotidiano de trabalho, ele é barrado, no tocante às oportunidades de concretizá-la.

Barreiras interpessoais parecem fragilizar a atuação coletiva entre os atores da rede, como a resistência e dificuldades de articulação com outros profissionais, falta de apoio, sobrecarga, organização e incentivos da gestão. Assim, estabelece-se um processo de frustração, ausência de crenças sobre consequências da lógica coletiva e pedagógica do AM e, conseqüentemente, esvaziamento desse espaço, como observado nos resultados.

Esse achado também se sustenta na literatura: a perpetuação do paradigma biomédico é uma construção cultural e moral longínqua, com forte capilarização nas políticas e na formação de profissionais de saúde, refletindo em práticas voltadas para o tratamento, centralização de sintomas e reducionismo terapêutico, em contrapartida de práticas coletivas e comunitárias. ^(19,81)

Novamente, os resultados da análise indutiva auxiliam na interpretação em torno dessas contradições: resultados explícitos notados em comportamentos individuais dos profissionais afetados não parecem suficientes para sustentar essa prática em um contexto político de desfinanciamento e descaracterização de serviços que acarretam obstáculos, como a terceirização dos contratos e alta rotatividade profissional, destituição de políticas de saúde pública, altas demandas e carência de recursos.

Em meio a esse cenário, estratégias pontuais de treinamento não podem resultar na efetivação e sustentabilidade de uma perspectiva de assistência ampliada e integrada - retomando o modelo de mudança, é necessário que o sistema comportamental se modifique de forma dinâmica e integrada, quando se pensa em um sujeito coletivo, tal qual uma rede de atenção à saúde, requerendo ações políticas, como a elaboração de diretrizes, medidas fiscais e legislações apropriadas. ⁽⁶⁵⁾

6.1.2 - Avanços da agenda neoliberal e obstáculos nas políticas de saúde pública

Como destacado na seção anterior, as barreiras mais frequentes entre os resultados levantados se relacionam com os domínios pertencentes ao determinante

comportamental de oportunidade, composto por influências sociais e contexto como recursos estruturais, humanos, cultura organizacional, políticas de desfinanciamento e desmontes ao sistema único de saúde.

Questiona-se, então, como sustentar os ganhos da estratégia (conhecimento, habilidades e crenças sobre capacidades) na assistência integrada entre a SM e a APS, em um cenário político que descaracteriza esses serviços? Como transmiti-los frente a um contexto de desvalorização profissional com enfraquecimento e instabilidade contratual? Em um ambiente político que desvaloriza - moral e financeiramente - habilidades como acolhimento, escuta terapêutica e recursos coletivos, por meio de métricas que valorizam a produtividade numérica apenas? Como desmistificar o cuidado em saúde mental em um cenário repleto de políticas manicomiais e conservadoras na saúde mental - e saúde pública de forma geral?

Apesar de lentos e árduos avanços, a RP estabeleceu e propagou, por quase 30 anos, um modelo de saúde mental ancorado em valores como o cuidado em liberdade, garantia de direitos, autonomia e reintegração social no Brasil, principalmente por meio de políticas e financiamento de serviços comunitários descentralizados, em detrimento da expansão de leitos hospitalares - almejando a prevenção de internações e promoção da desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico. ^(89,90)

Esse movimento ocorreu de forma contínua até o enfraquecimento e a concretização do golpe ao governo e à destituição ilegítima de Dilma Rousseff, em 2016, que demarca o engate de um retrocesso e instauração de uma crise sem precedentes no campo da atenção psicossocial, da saúde pública e de interesses sociais e coletivos, de forma geral, avançando por meio de legislações e normas prejudiciais à seguridade social, saúde e educação pública. ^(90,91)

Logo nos anos iniciais do ilegítimo governo Temer, destacam-se alguns retrocessos marcantes nesse processo: a reforma trabalhista e a lei da terceirização que flexibilizaram ainda mais os vínculos empregatícios e a terceirização de qualquer atividade-fim e a aprovação da emenda constitucional (EC) n. 95, conhecida como “PEC da morte”, congelando os gastos públicos por vinte anos e estrangulando o financiamento do SUS. ⁽⁸⁹⁻⁹⁵⁾

Essas ações podem ser associadas ao aumento de contratações informais e vinculações instáveis de profissionais a serviços da APS, por meio de empresas terceirizadas, visando driblar as burocracias da realização de concursos públicos e os

desafios impostos pelo limite de gastos com pessoal frente às restrições de financiamento. ⁽⁹⁰⁾

Terceirização e precarização de vínculos geram insegurança, carência de treinamento, descartabilidade, enfraquecimento de organizações sindicais e fragilidade dos direitos trabalhistas, desfavorecendo a qualificação dos trabalhadores e dos processos de trabalho, sobretudo, no âmbito da APS, uma vez que rompe com a lógica de territorialização e criação de vínculo com o usuário frente a contratos temporários e alta rotatividade profissional. ^(90,96)

Esse cenário se faz presente nos resultados encontrados - entre as barreiras mais significativas, na perspectiva dos profissionais, em relação à sustentabilidade dos efeitos da estratégia de treinamento, está a alta rotatividade de profissionais, uma vez que grande parte dos que participaram desse processo já não estavam mais atuando na rede no período de coleta de dados, caracterizando perda importante dos ganhos da pesquisa.

Frente a esse cenário, pontua-se que, no município campo do estudo, todas as categorias profissionais da ESF têm vínculos empregatícios terceirizados, por meio de uma Organização Social de Saúde (OSS), exceto os agentes comunitários de saúde, não coincidentemente, a categoria profissional mais representativa entre os profissionais que participaram da pesquisa e continuam na rede.

Essa desvinculação, atribuída à terceirização e instabilidade contratual, além de precarizar o serviço prestado à população, reflete na interrupção de políticas públicas de longo prazo, como as políticas de qualificação e treinamento profissional. ^(97,98)

Concomitantemente, nesse período, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) também foi desmantelada por diversas medidas, como o estabelecimento de novas diretrizes para o funcionamento da RAPS. ⁽⁸⁹⁾

Essas novas diretrizes passam a reconhecer os hospitais psiquiátricos como parte integrante do cuidado em rede e apontam para maior financiamento destes, assim como para os hospitais-dia, comunidades terapêuticas e ambulatórios psiquiátricos, retomando um modelo de cuidado com características hospitalares/asilares, em contraposição à RP e serviços de base comunitária. ⁽⁸⁹⁾

De forma contrária ao aumento de financiamento a esses serviços, equipamentos de características comunitárias sofreram com a exigência de produtividade e a suspensão de recursos financeiros. Assim, instaurou-se um

processo notável de diminuição do incremento de novos serviços e fechamento de unidades já instauradas, como os CAPS, ao longo dos últimos anos, diminuindo significativamente a cobertura, determinante que, em conjunto com a expansão da Estratégia Saúde da Família, são cruciais para efetividade desses serviços. ⁽⁸⁹⁾

Em meio a esses caminhos, emprega-se o termo de “contrarreforma” na saúde pública para descrever um movimento que, ao contrário das reformas que instituíram o sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica no país, não são inovadores, mas, precisamente, conservadores e retrógrados. ⁽⁹⁹⁾

Assim, revigoram paradigmas biomédicos e um modelo antigo de assistência à saúde baseado em ações filantrópicas destinadas àqueles que não têm condições de pagar pelos serviços de saúde. ⁽⁹⁹⁾

No campo da saúde mental, o movimento da contrarreforma se estabelece por meio do resgate da lógica manicomial e do reconhecimento, por parte do estado, por intermédio das novas legislações e da ineficiência destas no manejo das demandas dessa área.

No entanto, esse reconhecimento é proposital e maléfico, uma vez que instaura passividade aos interesses privados, direcionando, como posto anteriormente, esforços às organizações não governamentais, comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos com justificativas de resolutividade frente a um sistema enfraquecido. ⁽⁹⁹⁾

Pontua-se que durante a realização da pesquisa, em consonância com os retrocessos no financiamento da AB, ocorreu a destituição do NASF no município frente à imposição do MS e o fim da obrigatoriedade da criação/financiamento das equipes NASF-AB, deixando a permanência desse serviço a critério das gestões locais, assim, diversos profissionais, vinculados a essas equipes saíram da rede de atenção à saúde.

Os avanços dessa agenda de caráter neoliberal e conservador representam obstáculos nítidos na sustentabilidade do cuidado integrado em SM na APS e na implementação do AM em si, entre as barreiras encontradas nas perspectivas profissionais, acontece a falta de crenças em relação à resolutividade da implementação do AM no município. ⁽³⁵⁾

A construção dessa percepção se relaciona de forma direta com o processo descrito acima e se concretiza em meio a processos de trabalho que sofrem com as novas políticas, por meio da escassez de recursos estruturais e humanos, educação

permanente, retaguarda especializada, sobrecarga profissional e baixa cobertura de serviços. Esses fatores contribuem para descontinuidade do cuidado e fragilizam a conformação da RAPS.

Sustenta-se, então, uma perspectiva nos resultados que demandas seriam sanadas frente a criação e encaminhamento para serviços e profissionais especializados como os ambulatorios, resgatando uma lógica contrária à RP.

Nesse cenário, esse resgate não ocorre em decorrência de perspectivas conservadoras, moralistas ou até mesmo pela perpetuação de estigmas e discriminação da população em sofrimento psíquico, mas pela descaracterização e escassez de recursos mínimos para efetividade dos serviços de base comunitária em meio a tantos desmontes.

Retomando ao modelo da BCW, pode-se observar que a estratégia educacional empregada resultou de forma positiva na construção do determinante de capacidade, por meio de novos conhecimentos e habilidades. ⁽⁶⁵⁾

Entretanto, fatores da macropolítica nacional, descritos neste tópico, mostram-se como barreiras resistentes a esse processo, uma vez que, os profissionais, apesar de habilitados, estão imersos em um contexto com ausência de respaldo social e estrutural, interferindo na oportunidade de exercer as habilidades adquiridas. ⁽⁶⁵⁾

Assim como proposto pelo modelo, os determinantes se relacionam e interferem entre si, esse efeito é observado em interferências nos determinantes motivacionais, ao passo que, frente às barreiras estruturais, estabelece-se uma perspectiva de descrença em relação à resolutividade de equipamentos e práticas de caráter comunitário, culminando na falta de motivação em exercê-las. ⁽⁶⁵⁾

6.1.2 - Potencialidades e desafios na investigação dos efeitos das estratégias de implementação

Apesar do avanço significativo do campo da pesquisa de implementação, alguns entraves se mostram permanentes e frequentes nessa literatura, em países emergentes, como o Brasil e outros países da América Latina, tais entraves se ramificam em dificuldades na replicação de teorias, modelos e estruturas propostas por esse referencial tal qual sua disseminação, refletindo em uma produção diminuta desses estudos na nossa realidade. Como posto anteriormente, o cenário brasileiro é cercado por instabilidades sociais, culturais e políticas, assim, a replicação de estudos do gênero se torna fragilizada, uma vez que essas teorias, modelos e estruturas são,

majoritariamente, desenhadas, projetadas e replicadas para e em países de origem anglo saxã. ⁽¹⁰⁰⁾

Nesse sentido, o presente estudo problematiza e suscita questões que são inerentes ao contexto brasileiro e precisam ser consideradas na implementação de práticas baseadas em evidências de países com contextos socioeconômicos e demográficos diferentes. É fundamental que essas diferenças, concretizadas, muitas vezes, nas percepções dos trabalhadores, sejam consideradas para minimizar barreiras ou refletir sobre estratégias para a superação dos desafios de contexto.

Entretanto, entraves nesse campo de pesquisa não se limitam apenas a esses territórios, a literatura aponta uma lacuna significativa de estudos que descrevam o planejamento e a realização das Els, como o funcionamento, os resultados e sua sustentabilidade, na prática de forma geral. ^(48,101)

Questionam-se, assim, os efeitos reais dos investimentos em pesquisas de implementação e aponta-se como uma das resoluções para essa lacuna, além de especificar e reportar Els, a adoção do uso de modelos e teorias para descrever e compreender seu funcionamento e o escopo de seus resultados, propiciando sua disseminação e replicação. ^(101,102)

Benefícios dessa recomendação são observados na estruturação dos resultados encontrados no presente estudo: ao utilizar a estrutura do TDF e do modelo proposto pelo BCW nos instrumentos de coleta de dados e análise híbrida de conteúdo, respectivamente, os resultados da estratégia podem ser atribuídos a facilitadores e mudanças nos determinantes comportamentais de capacidade e motivação, colaborando para construção do comportamento profissional esperado durante a realização do cuidado compartilhado em SM. ^(59,60,65) Ademais, os resultados deste estudo podem proporcionar indicadores importantes, no que diz respeito à EI estudada no contexto explicitado, o que é inerente aos desenhos qualitativos.

Além disso, por meio desse processo, torna-se visível a efetividade desta estratégia, no tocante às metas de ação almejadas, tanto em relação ao nível - alterando características individuais (intrapessoais) dos profissionais - e dos determinantes de conhecimento e crenças sobre a intervenção implementada. ^(50,57)

Essa efetividade se relaciona com conclusões expostas na literatura em relação às diferentes abordagens metodológicas na condução de estratégias de treinamento. Apesar de metodologias passivas, como a distribuição de materiais educativos/manuais e encontros formativos únicos se relacionarem com resultados

em relação ao aumento de conhecimento e predisposição à adoção de uma prática específica, pouco produzem em relação à mudança comportamental. ^(103,104)

Ao contrário dos resultados associados a estratégias de treinamento com metodologias ativas e dinâmicas, como observado nas perspectivas positivas dos profissionais em relação à CEE empregada.

Destaca-se também que esses resultados não se limitam à condução da CEE, uma vez que, durante a condução da pesquisa de implementação ampliada, descrita na introdução, foram adotadas, aproximadamente, 24 estratégias de diversas categorias, demonstrando a importância da adoção de um pacote diverso de EI. ⁽⁵⁰⁾

7- CONCLUSÃO

Por meio da análise das percepções dos trabalhadores e com a utilização do referencial teórico-metodológico proposto, concluiu-se que a estratégia de implementação CEE foi compreendida de forma profícua, no que diz respeito às mudanças comportamentais dos profissionais.

Essa conclusão se efetiva, principalmente, por meio dos facilitadores em relação aos conhecimentos sobre práticas baseadas em evidências no cuidado compartilhado em SM e na construção de habilidades para sua concretização na rotina dos processos de trabalho dos profissionais participantes. Ainda, associam-se esses facilitadores à construção de crenças sobre capacidades, empoderando e motivando os profissionais em relação à competência para a realização de práticas de cuidado compartilhado em SM dentro da APS.

Os facilitadores podem refletir na implementação do cuidado compartilhado e dos dispositivos de integração de rede em nível intrapessoal, por meio de ações de atores específicos. Essas questões desarranjam, conseqüentemente, as ações coletivas, o que se concluiu após análise das observações participantes.

Contudo, a mesma conclusão não foi observada em relação à implementação do AM, frente a uma percepção generalizada sobre a baixa resolutividade dessa ferramenta, associada às barreiras estruturais e organizacionais que reprimem sua efetividade na prática. Essa realidade é traduzida pelo esvaziamento de profissionais nesses espaços, observado na pesquisa de campo e ratificado pela análise das entrevistas. O espaço do AM que deveria manter caráter coletivo e pedagógico, é reivindicado pelos próprios trabalhadores que se transmutam em reuniões de discussão de casos pontuais, com resoluções simplistas para casos complexos.

Assim, a percepção sobre os facilitadores gerados pela estratégia adotada não se sustenta frente às barreiras impostas por determinantes macro políticos, sociais e culturais do país. Persiste, assim, uma necessidade estabelecida em cenários semelhantes ao brasileiro: o desenvolvimento e a adoção de estratégias inovadoras para enfrentar e resistir a barreiras do contexto externo, como a formulação de novas políticas em saúde em consonância, e não em contrapartida de produções científicas, como observado nos últimos governos.

Essa necessidade se estabelece não somente em relação a promover e sustentar a implementação de práticas baseadas em evidências no campo do cuidado compartilhado em SM, mas também pelo papel que esses entraves desempenham na perpetuação de outras barreiras, as mesmas que conseguimos atingir pontualmente, em níveis individuais, por meio de estratégias como a CEE: o estigma e a despriorização dos cuidados em SM, sensíveis às forças políticas governamentais que reforçam essa disparidade, assim como observado nos últimos governos brasileiros.

Conclui-se o grande potencial da condução de pesquisas de implementação no país frente ao potencial e diverso arcabouço metodológico, através das EI's, além da explícita necessidade de traduções e adaptações culturais de modelos e teorias para sua amplificação em países latino americanos, em meio a esforços para superar as tantas barreiras desse “mundo real” específico.

REFERÊNCIAS

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013, *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2014 [citado 2021 set. 25]; 43(2): 476–493. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
2. World Health Organization. (2010). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). World Health Organization. [citado 2021 set. 25] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44406>
3. Cook JA, Razzano LA, Swarbrick MA, et al. Health risks and changes in self-efficacy following community health screening of adults with serious mental illnesses. *PLoS One*. 2015 Apr [citado 2021 set. 25]; 13;10(4):e0123552. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123552>
4. Mnookin, S.; World Bank Group; World Health Organization (2016). *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority*
5. Global Burden of Disease Collaborative Network. *Global Burden of Disease Study 2016 (G2016) Results*. Available from: <https://vizhub.healthdata.org>
6. Schramm JA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9:897-908.
7. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO; 2017
8. Gonçalves DA, Mari J de J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al.. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014Mar;30(3):623–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
9. L.H. Andrade, Y.-P. Wang, S. Andreoni, C.M. Silveira, C. Alexandrino-Silva, E.R. Siu, R. Nishimura, J.C. Anthony, W.F. Gattaz, R.C. Kessler, M.C. Viana.

- Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil PLoS One, 7 (2012), Article e31879, 10.1371/journal.pone.0031879
10. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press; 2011;199(6):441–2.
 11. Scott D, Happell B (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing* 32, 589–597.
 12. Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015 Apr;24(2):121–40. doi: 10.1017/S2045796014000687. Epub 2014 Dec 15. PMID: 25497332; PMCID: PMC6998140.
 13. Scott KM, Wu B, Saunders K, Benjet C, He Y, Lepine J-P, Tachimori H, Van Korff M (2013). Early-onset mental disorders and their links to chronic physical conditions in adulthood In *The Burdens of Mental Disorders* (ed. Alonso J, Chatterji S and He Y). Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys Cambridge University Press: New York, 87–95.
 14. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development [published correction appears in *Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1518]. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-1598. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X
 15. WHO. *Mental Health Atlas 2020*. Geneva: World Health Organization, 2021.
 16. Lopes C de S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(2):e00005020. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005020>
 17. Wang YP, Chiavegatto Filho AD, Campanha AM, et al. Patterns and predictors of health service use among people with mental disorders in São Paulo metropolitan area, Brazil. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(1):89-101. doi:10.1017/S2045796016000202

18. Hanlon C. Next steps for meeting the needs of people with severe mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;26(4):348-354. doi:10.1017/S2045796016001013
19. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, Sridhar D, Underhill C. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2007 Sep 29;370(9593):1164-74. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61263-X. PMID: 17804061.
20. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):208–23. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
21. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos); [citado 2021 set. 25]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTlwMw==>
24. Brocardo D, Andrade CLT de, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):130–44. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>
25. Campos GW de S, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007Feb;23(2):399–407. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
26. Arbex D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
27. Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ, 2007.

28. Matos-de-Souza R, Medrado ACC. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. Saúde debate [Internet]. 2021Jan;45(128):164–77. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813>
29. Lückmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2007Mar;12(2):399–407. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>
30. Ministério da Saúde (Brasil). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, DF: MS; 2005. [acesso em 20 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
31. Gazignato EC da S, Silva CR de C e. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Saúde debate [Internet]. 2014Apr;38(101):296–304. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140027>
32. Gryscek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2015Oct;20(10):3255–62. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>
33. Lima MC, Gonçalves TR. APOIO MATRICIAL COMO ESTRATÉGIA DE ORDENAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL. Trab educ saúde [Internet]. 2020;18(1):e0023266. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232>
34. Rotoli A, Silva MRS da, Santos AM dos, Oliveira AMN de, Gomes GC. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. Esc Anna Nery [Internet]. 2019;23(2):e20180303. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>
35. Treichel, Carlos Alberto dos Santos, Campos, Rosana Teresa Onocko e Campos, Gastão Wagner de Souza. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Online). 2019, v. [citado 2021 set.25], e180617. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180617>
36. Treichel, C. A. dos S., Silva, M. C., Presotto, R. F., & Onocko-Campos, R. T.. (2019). Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma

- pesquisa de implementação em saúde mental. *Saúde Em Debate*, 43(spe2), 35–47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S203>
37. Treichel CAS, Silva MC, Presotto RF, Leme KEF, Reis MFL, Amorim SGS, Lourencetti ALS, et al. Theory of change for implementing matrix support in mental health. *Acta Paul Enferm* 2023;36(s01):eAPESPE022473
 38. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009;374:86–9.
 39. McLean, R.K.D., Graham, I.D., Tetroe, J.M. et al. Translating research into action: an international study of the role of research funders. *Health Res Policy Sys* 16, 44 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0316-y>
 40. Lawrence W Green, Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence?, *Family Practice*, Volume 25, Issue suppl_1, December 2008, Pages i20–i24, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn055>
 41. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care?. *Psychiatry Res*. 2020;283:112376. doi:10.1016/j.psychres.2019.04.025
 42. Lane-Fall, M.B., Curran, G.M. & Beidas, R.S. Scoping implementation science for the beginner: locating yourself on the “subway line” of translational research. *BMC Med Res Methodol* 19, 133 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0783-z>
 43. Bauer, M.S., Damschroder, L., Hagedorn, H. et al. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol* 3, 32 (2015). <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
 44. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: What it is and how to do it. *BMJ (Internet)*. 2013 Nov 20[citado 2021 set. 25]; 347. f6753. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
 45. Baumann, A.A., Cabassa, L.J. Reframing implementation science to address inequities in healthcare delivery. *BMC Health Serv Res* 20, 190 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4975-3>
 46. Moore, J. E. & Khan, S. (2022). *StrategEase: The How of Creating Sustainable Change Course and Workbook*. The Center for Implementation: Ontario, Canada.
 47. Proctor, E.K., Landsverk, J., Aarons, G. et al. Implementation Research in Mental Health Services: an Emerging Science with Conceptual, Methodological,

- and Training challenges. *Adm Policy Ment Health* (Internet). 2009 [citado 2021 set. 25]; 36, 24–34. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
48. Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci*. 2013 Dec 1;8:139. doi: 10.1186/1748-5908-8-139. PMID: 24289295; PMCID: PMC3882890.
 49. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci* (Internet). 2015 [citado 2021 set.25]; 10(1):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
 50. Treichel CAS, Lourencetti ALS, Saidel MGB, Onocko-Campos RT. Specifying and reporting implementation strategies used in the implementation of matrix support in mental health care in a medium-sized Brazilian city. In: *Proceedings of the 5th UK Implementation Science Research Conference*. *Implementation Sci* 18 (Suppl 1), 20 (2023). <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01270-7>
 51. Pope C, Mays N, organizadores. 3ª ed. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2009
 52. Nilsen. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015;10:53
 53. Atkins, L., Francis, J., Islam, R. et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Sci* 12, 77 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605>
 54. Johnston I, Price O, McPherson P, Armitage CJ, Brooks H, Bee P, Lovell K, Brooks CP. De-escalation of conflict in forensic mental health inpatient settings: a Theoretical Domains Framework-informed qualitative investigation of staff and patient perspectives. *BMC Psychol*. 2022 Feb 15;10(1):30. doi: 10.1186/s40359-022-00735-6. PMID: 35168682; PMCID: PMC8845398.
 55. Lawton, R., Heyhoe, J., Louch, G. et al. Using the Theoretical Domains Framework (TDF) to understand adherence to multiple evidence-based indicators in primary care: a qualitative study. *Implementation Sci* 11, 113 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0479-2>.
 56. Lourencetti ALS, Saidel MGB, Treichel CA dos S, Presotto RF, Silva MC, Santos D de S, et al.. *Uso de Audit and Feedback: lições de uma pesquisa de*

- implementação. *Acta paul enferm* [Internet]. 2023;36:eAPESPE02627. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AOSPE02627>
57. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci.* 2009 Aug 07; 4:50. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.
 58. Michie S, West R, Campbell R, Brown J, Gainforth H. *ABC of Behaviour Change Theories*. Reino Unido: Silverback Publishing; 2014.
 59. Michie S, Johnston M, Abraham C, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care*. (Internet). 2005 [citado 2022 mai.15]; 14(1):26-33. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/1/26>
 60. Cane, J., O'Connor, D. & Michie, S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Sci* (Internet). 2012 [citado 2022 mai.15]; 7, 37 Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>
 61. Hovden, E.A., Skudutyte-Rysstad, R. Using Theoretical Domains Framework (TDF) to understand implementation of a pragmatic clinical trial in Public Dental Service in Norway. *BMC Health Serv* (Internet). 2021 [citado 2022 mai.15] Res 21, 698. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06590-2>
 62. Skoien, W., Page, K., Parsonage, W. et al. Use of the Theoretical Domains Framework to evaluate factors driving successful implementation of the Accelerated Chest pain Risk Evaluation (ACRE) project. *Implementation Sci* (Internet). 2016 [citado 2022 mai.15]; 11, 136 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0500-9>
 63. Curran JA, Brehaut J, Patey AM, Osmond M, Stiell I, Grimshaw JM. Understanding the Canadian adult CT head rule trial: use of the theoretical domains framework for process evaluation. *Implement Sci* (Internet). 2013 [citado 2022 mai.15]; 8:25. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-25>
 64. Huijg, J.M., Gebhardt, W.A., Crone, M.R. et al. Discriminant content validity of a theoretical domains framework questionnaire for use in implementation research. *Implementation Sci* (Internet). 2014 [citado 2022 mai.15]; 9, 11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-11>

65. Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Sci* 6, 42 (2011). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
66. Brasil. IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br
67. Freitag, R. M. K. (2018). Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? *Revista de estudos da linguagem*, 26(2), 667-686.
68. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008Jan;24(1):17–27. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
69. Fusch, Patricia and Lawrence R. Ness. “Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research.” *The Qualitative Report* 20 (2015): 1408-1416.
70. Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2008Apr;12(25):363–76. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200011>
71. Ribeiro DV de A, Azevedo RCS de, Turato ER. Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química?. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013Jun;18(6):1827–34. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600033>
72. Marietto, M. (2018). Observação Participante e Não Participante: Contextualização Teórica e Sugestão de Roteiro para Aplicação dos Métodos. *Iberoamerican Journal Of Strategic Management (IJSM)*, 17(4), 05-18. doi:10.5585/ijsm.v17i4.2717
73. Ludke, Menga; André, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 2. ed. Rio de Janeiro: E.P.U., 2013.
74. Rosa MV de FP do C, Arnoldi MAGC. A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2008. 112 p.
75. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista Eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC*. 2005; 2(1): 68-80. 101. Britten N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. Cap. 2. p. 21-9.

76. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *Int J Qualit Methods* [Internet]. 2006;5(1):1-11. Available from: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/5_1/pdf/fereday.p
77. Swain, J., (2018). A hybrid approach to thematic analysis in qualitative research: Using a practical example. In *Sage Research Methods Cases Part 2*. SAGE Publications, Ltd., <https://doi.org/10.4135/9781526435477>
78. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 287 p.
79. Campos, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. bras. Enferm* (Online). 2004 [citado 2022 mai.15]; v. 57, n. 5, p. 611-614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
80. Magalhães PG de A, Esméria Neta M, Maria ELA, Oliveira Émile LP de, Ferreira AG, Amaral LL, Lopes GKD de O, Ribeiro EFM, Meira JP, Dias LMS, Scremin M, Lacerda LA. Brazilian mental health - experiences, advances and challenges . *RSD* [Internet]. 2022Oct.29 [cited 2023Sep.19];11(14):e343111436479. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36479>
81. Arce, V. A. R., Sousa, M. F. de ., & Lima, M. da G.. (2011). A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 21(2), 541–560. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200011>
82. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018; (392):1553-98.
83. Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesq Prat Psicossoc*. 2008;3(1):9-25.
84. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP de, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011Jul;16(7):3051–60. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>
85. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL de, Vasconcelos MGF. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface*

- (Botucatu) [Internet]. 2014;18(48):61–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>
86. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71:2101–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>
 87. Bezerra, E.N. R. (2022). Atenção psicossocial: ampliando o cuidado na construção de uma rede articulada em saúde mental. *Research, Society and Development*, 11(3), 1-8
 88. Hirdes A, Scarparo HBK. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015Feb;20(2):383–93. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>
 89. Cruz, N. F. de O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G.. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação E Saúde*, 18(3), e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
 90. Magnago C, Martins CL. Crises contemporâneas: retrocessos sociais, políticas de saúde e desafios democráticos. *Saude soc* [Internet]. 2023;32(1):e230228pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230228pt>
 91. Lopes WP, Carvalho BG, Santini SML, Mendonça F de F, Martins CP. Contexto sociopolítico e a organização da força de trabalho e oferta de serviços da Atenção Básica. *Trab educ saúde* [Internet]. 2023;21:e02005221. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs02005>
 92. Bravo MIS, Pelaez EJ, de Menezes JSB. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. *SER_Social* [Internet]. 6º de janeiro de 2020 [citado 27º de outubro de 2023];22(46):191-209. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630
 93. Brasil. Imprensa Nacional. Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho aprovada pelo decreto-lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943, e as leis n. 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 134, seção 1, p. 1, 14 jul. 2017.

94. Brasil. Emenda constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.
95. Menezes AP do R, Moretti B, Reis AAC dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde debate* [Internet]. 2019;43(spe5):58–70. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>
96. Damascena DM, Vale PRLF do. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo etnográfico. *Trab educ saúde* [Internet]. 2020;18(3):e00273104.. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>
97. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab educ saúde* [Internet]. 2016Nov;14:15–43. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>
98. Druck, G. (2021). O Estado neoliberal no Brasil: a ideologia do empreendedorismo e o fim dos servidores públicos. *Contemporânea-Revista de Sociologia da UFSCar*, 11(3).
99. Farias, L. L. (2019). Estado, contrarreforma e as políticas de saúde e saúde mental no Brasil. *Argumentum*, 11(3), 47–66. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v11i3.2272>
100. Silva, A.A., Lopes, G.P.D., Claro, H.G. et al. Collective Health in Brazil and Implementation Science: Challenges and Potentialities. *Glob Implement Res Appl* (2023). <https://doi.org/10.1007/s43477-023-00095-2>
101. Lewis CC, Klasnja P, Powell BJ, Lyon AR, Tuzzio L, Jones S, Walsh-Bailey C, Weiner B. From Classification to Causality: Advancing Understanding of Mechanisms of Change in Implementation Science. *Front Public Health*. 2018 May 7;6:136. doi: 10.3389/fpubh.2018.00136. PMID: 29868544; PMCID: PMC5949843.
102. Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J.M. et al. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Sci* 4, 40 (2009). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-40>
103. Le, P.D., Eschliman, E.L., Grivel, M.M. et al. Barriers and facilitators to implementation of evidence-based task-sharing mental health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review using implementation

science frameworks. Implementation Sci 17, 4 (2022).
<https://doi.org/10.1186/s13012-021-01179-z>

104. Powell BJ, Proctor E, Glass JE. A Systematic Review of Strategies for Implementing Empirically Supported Mental Health Interventions. Res soc work pract. 2014; 24(2):192-212.

Apêndices

Apêndice I - Coleta de Dados - Entrevista semiestruturada

Entrevista N° _____

Local _____ Data: ____/____/____ Início:
_____: ____h. Término: ____: ____h.

Duração em minutos: _____

A – Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

- 1) Categoria Profissional:
- 2) Sexo:
- 3) Especialização:
- 4) Cursos de Aperfeiçoamento:
- 5) Tempo de atuação profissional:
- 6) Tempo de atuação no serviço:

Abertura da entrevista:

- Qual é a sua percepção sobre a capacitação?

Domínios:

Papel/identidade profissional e social

- 1- Me fale sobre como você enxerga seu papel de trabalhador após a capacitação?

Regulamentação Comportamental

- 2- Na sua percepção, o que a capacitação trouxe para as suas atividades de trabalho no dia a dia do serviço?

Contexto e recursos

- 3- Na sua percepção, como é colocar em prática os conteúdos da capacitação na realidade do seu serviço? Pensando na infraestrutura e nos recursos humanos disponíveis.

Influências Sociais

- 4- Seus colegas, gestores e instituição te incentivaram a participar e/ou aplicar os conteúdos da capacitação na sua prática profissional de alguma forma?
- 5- Me conta um pouco sobre como ficaram as relações com seus colegas no dia a dia dos serviços após a capacitação? Como isso influencia a prática dos conteúdos que você recebeu na capacitação?

Finalização

6- Quais sugestões você daria para uma futura capacitação?

Apêndice II- Roteiro para Observação Participante

A- Dados de Identificação:

Data: ____/____/____ Hora do início: _____ Hora do término _____

Duração em horas: _____

Local: _____

Participantes observados (codificados):

Atividades observadas:

B – Domínios a serem observados:

Conhecimento, habilidade, memória, atenção e tomada de decisão:

- Sustentabilidade e aplicabilidade dos conhecimentos transmitidos durante a capacitação (trabalho articulado em rede, psicopatologia e transtornos mentais comuns, uso de psicotrópicos em saúde mental, substâncias psicoativas, urgência e emergência em saúde mental, atividade em grupo e trabalho em equipe)

Crenças sobre capacidades:

- Empoderamento/confiança profissional durante a condução das atividades observadas em relação às práticas/conhecimentos almejados

Papel/identidade profissional e social:

- Performance profissional durante a condução das atividades observadas
- Comprometimento organizacional para com as práticas almejadas

Contexto e recursos ambientais:

- Relação entre a infraestrutura/recursos humanos e a sustentabilidade/fidelidade das práticas almejadas

Influências Sociais:

- Suporte/modelos para aplicabilidade das práticas almejadas

Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Entrevista Semiestruturada e Observação - Trabalhadores



**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA - (Resolução 466/12 do Ministério da
Saúde)**

Pesquisa: DISPOSITIVOS DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE ITATIBA-SP: UMA PESQUISA DE IMPLEMENTAÇÃO.

Pesquisador responsável: Rosana Teresa Onocko Campos

Número do CAAE: 00827918.8.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador.

Saiba que você tem o direito de não participar da pesquisa; desistir da pesquisa a qualquer momento; ter livre acesso aos dados quando o (a) senhor (a) quiser e que o seu anonimato será garantido.

Os procedimentos que você irá participar serão exclusivamente observação participante com entrevistas e registro de informações em diário de campo, ou seja, um pesquisador vai acompanhar seu dia a dia no seu local de trabalho observando como é a sua prática profissional, conversando com você e registrando essas observações em um diário, preservando sua identidade em como dos demais participantes.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a capacitação que foi oferecida. A justificativa para realização desta pesquisa é a importância de entender como

a capacitação impactou na sua prática profissional. Garantimos a você que as informações serão usadas somente para realização desta pesquisa e que todas as recomendações éticas da resolução 466/2012 CNS/MS serão atendidas durante e após a realização da pesquisa.

Embora tenhamos o interesse de manter você o mais confortável possível, sabemos que existe o risco da presença do pesquisador causar incômodo em algum momento ou atividade. Este risco se justifica pela necessidade de saber como a capacitação impactou a sua prática profissional. Contudo, você pode interromper sua participação, ou seja, a observação do pesquisador, sempre que quiser, podendo permitir sua posterior continuação ou não.

Não haverá nenhum benefício financeiro para você na participação deste estudo, o único benefício direto será a oportunidade de interagir com o pesquisador a fim de compartilhar experiências e sentimentos frente ao trabalho e saúde mental. Sendo assim, caso concorde com a declaração a seguir, para participar da pesquisa, precisamos que você assine este documento:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, justificativa, sua metodologia, benefícios, riscos e o incômodo que as perguntas podem causar, aceito voluntariamente participar do estudo e que minha participação seja audiogravada:

Nome e assinatura do participante:

Nome e assinatura do pesquisador:

—

Itatiba-SP ____ de _____ de _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com: Rosana Teresa Onocko Campos pelo email rosanaoc@mpc.com.br ou no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: R. Albert Sabin, s/ nº. Cidade Universitária

"Zeferino Vaz" CEP: 13083-894. Campinas, SP, Brasil. Telefone para contato: (19) 35219574. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas - SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Apêndice IV - Template TDF

	Capacidade - Conhecimento	Desfecho
Facilitadores	1. E1: “Eu acho que a capacitação é fundamental, não dá para você pensar na prefeitura, em um trabalho de prefeitura, como um trabalho de pessoas independentes ou de serviços independentes porque eles acabam sendo todos interligados, né? Porque ao mesmo tempo que eu atendo só a criança que vem aqui com um histórico ou queixa de troca de fala tem todo um histórico por trás, de repente, um pai alcoolista que precisa de um atendimento especializado, uma mãe que já tá no quinto filho e que precisa também de um atendimento em outro serviço especializado”	Conhecimento (incluindo conhecimento da condição/ raciocínio científico), conhecimento sobre as tarefas do ambiente
	2. E2: “E a partir disso vocês colocam na capacitação tentando fazer com que as pessoas entendam isso [importância da articulação/responsabilização do usuário em saúde mental dentro da rede], que o pessoal da saúde tem que ser uma coisa só, não é o que é do CAPS é do CAPS ou do CAC, então a gente percebe que ali foi feito uma chacoalhada com o pessoal que estava mais no seu quadrado”	
	3. E2: “Eu acho que a princípio, durante a participação eu fiquei muito feliz, eu estava a pouquíssimo tempo no serviço e aí foi muito legal poder falar sobre saúde mental, era algo que eu não fazia a mínima ideia do que era porque nas unidades em que eu atuei, que eram unidades básicas, a gente praticamente tinha aquela conduta do “surtou, mandou” né? Tipo “ah nossa, tchau” não é problema nosso, não é a gente quem acompanha”	
	4. E3: “Bom, eu fiz parte da pesquisa com coparticipação, como colaboradora, desde o início praticamente e desde as participações das reuniões do CGP eu já me beneficiei bastante, seja lembrando algumas coisas da minha pós, lá do meu aprimoramento, seja lembrando coisas novas então eu considero que desde as reuniões eu venho aprendendo”	
	5. E3: “Tiveram conhecimentos que não tem preço né? [...] Eu lembro que aprendi, lembro que até usei falando para as pessoas, acho que foi de drogas, álcool ou tabaco, não lembro, mas assim, como eu falei, desde o início dos encontros do grupo do CGP sempre trouxe coisas a mais para o nosso trabalho.”	
	6. E8: “A gente passou a ter uma noção, a gente passou a bater muito na tecla de entender o que é a rede e de como a rede deve se comportar, principalmente nos aspectos do acesso, né? Priorizar o acesso do serviço que chega na especialidade, mas passou pela atenção primária, né? Então eu acho que nessa parte foi super efetivo”	

	7. E8: “Eu acho que o que pega muito da capacitação hoje é que a gente entende isso da educação permanente, talvez, para a gente pegou porque entendemos que tem uma demanda e que precisa dessa coisa da educação permanente, da capacitação, do treinamento, supervisão, porque às vezes a supervisão tem esse papel, de sinalizar na prática o que não estamos vendo” 8. E9: “Uma coisa que é fundamental, é que a gente não pode ver o paciente, essa pelo menos é a minha percepção, e é esse cuidado que eu sempre tive, de olhar pra esse paciente mesmo, mas ele como um todo, sabe? Eu não consigo fatiar o ser humano, né? Então isso é fundamental porque esses pacientes que têm esses distúrbios, normalmente, ele é visto somente como um distúrbio, a doença em si, não vê ele como um todo, como a saúde física, a família ela é fundamental também no tratamento do paciente” 9. E11: “Eu que sou aqui do ESF eu vejo bastante paciente ser encaminhado para o CAPS e tal e é bom ter esse parecer, esse projeto ajudou bastante a entender um pouquinho mais, principalmente o fluxo do CAPS e como eles atuam ali no meio” 10. E11: “A capacitação me deu esse olhar mais diferenciado para outras questões, principalmente do fluxo, de como a gente pode mudar e tentar melhorar esse fluxo e no meu dia a dia também a questão do direcionamento, até orientar, eu, tipo como não foi todo mundo do posto que teve essa capacitação, orientar os outros profissionais nesse acolhimento também” 11. E11: “E até orientar os outros profissionais que não fizeram, como os enfermeiros, médicos, porque eu acho que é bem importante, o acolhimento começa desde ali na recepção até o fundo do poço, né? Até o médico, o agente comunitário e isso precisa ser integrado”	
	12. OP1 - Ao falar sobre a importância de conhecer os aspectos familiares, sociais e ambientais do usuário, P2 ressalta a importância do trabalho do ACS e sua articulação com o restante da equipe. 13. OP1 - Frente à discussão do grupo acerca do receio de uma possível agressividade dos usuários em saúde mental, P1 fala da importância do trabalho em equipe em situações de vulnerabilidade e conflito e retoma sobre a eficácia do profissional de referência para abordagem terapêutica com o usuário nesses momentos. 14. OP2 - P1 discorre sobre estratégias de inclusão social da usuária em outros equipamentos de base comunitária para além dos serviços de saúde. 15. OP2 - Durante discussão acerca de ofertas terapêuticas na ESF, A1 fala sobre a importância do acolhimento com escuta ativa e mapeamento das demandas 16. OP2 - P1 fala sobre estratégias para manejar usuários com ideias suicidas e histórico de TS, ressaltando a importância de mapear planejamento prévio para a realização da tentativa, etc.	Conhecimento (incluindo conhecimento da condição/ raciocínio científico), conhecimento sobre as tarefas do ambiente

	17. OP2 - Profissionais reconhecem olhares biomédicos e problemática de condutas exclusivamente medicamentosas.	
	18. OP2 - Profissionais reconhecem os papéis/potenciais do trabalho em equipe, profissionais de referência, importância do agente comunitário de saúde e auxílio para abordagem territorial/familiar através desse profissional.	
	19. OP3 - A1 demonstra grande preocupação com aumento das demandas dos jovens após a pandemia e preocupação com os prognósticos de medicalização compulsória.	
	20. OP3 - Após exposição de caso com episódios de ansiedade e prescrição de Quetiapina, Alprazolam e Zolpidem, A2 pontua estranhamento em medicalização excessiva do caso e contradições de indicações, P1 também pontua seu estranhamento frente a prescrição da usuária; P2 e A1 conversam paralelamente sobre cultura de medicalização excessiva	
	21. OP3 - A2 traz caso de usuário em acompanhamento com neurologista/CAPS por episódios de queda/desmaios, cita que durante visita domiciliar, a organização do usuário em relação à terapia medicamentosa pareceu exemplar, traz apontamento em relação à prescrição médica que é longa e contraditória: amitriptilina vs furosemda, pontua que usuário tem problemas renais crônicos e que quadro pode estar associado à altas doses de levizine e diazepam na prescrição, solicita ao CAPS rever e alterar prescrição. A3 se une à discussão e concorda que doses são muito acentuadas e que quadro de quedas se justifica frente a esse contexto.	
	22. OP3 - A2 relata que há bastante usuários de SPA'S no território e que, inclusive, os arredores do próprio ESF são pontos de consumo, relata resistência da população em reconhecer o uso abusivo, fala sobre uso frequente em jovens, porém, pontua que é "só maconha" e que não considera que seria caso para CAPS AD, por exemplo.	
	23. OP3 - P1 fala sobre importância de aproximação aos usuários de SPA's sem julgamentos pessoais, a qual a equipe já aparenta fazer;	
	24. OP3 - Equipes da AB se demonstram articuladas e preocupadas em relação aos contextos sociais e familiares dos casos citados;	
	25. OP3 - Reconhecimento da importância acerca de ofertas terapêuticas além de ofertas medicamentosas/reconhecimento de cultura de medicalização automática;	
	26. OP3 - Profissionais reconhecem coletivamente a potência de conhecimento acerca de família, território e renda;	
Barreiras	1. OE1: P1 fala sobre abordagem do UPA em caso de usuária com descompensação clínica em uso de Lítio, P8 adentra a discussão e discorre sobre ausência de olhar para os sinais clínicos que por vezes são até "óbvios" e que devem ser considerados antes dos sintomas psiquiátricos,	

	porém não são por conta do estigma em torno do usuário.	
	2. OE1: Equipe reconhece uma invisibilidade do usuário em saúde mental em outros serviços da rede = incapacidade profissional e invisibilidade de sinais clínicos considerados óbvios;	
	3. OE2: P1, P2, P3 falam sobre articulação com o abrigo para condução do caso e dificuldade frente a um olhar biomédico predominante no lugar, trazem como exemplo dessa perspectiva a preocupação excessiva do lugar com o hábito de fumar cigarros do usuário	
	Capacidade - Habilidades	Desfecho
Facilitadores	1. E11: “O que mudou mesmo para mim foi mais a questão de orientar melhor, os pacientes e os profissionais do posto porque algo que eu friso bastante também é conversar com o enfermeiro, com os técnicos, com o agente comunitário, às vezes quando vai algum ACS me ajudar na recepção é: “ Ó tem que ouvir, tem que orientar dessa forma, tem que perguntar isso e aquilo” porque eu já sei a demanda como que funciona ali na frente, eu que tô ali mesmo, na recepção, então é uma questão de orientação dos profissionais mesmo, uma coisinha ou outra que são dos pacientes, o acolhimento sempre foi o ponto principal para mim.”	Desenvolvimento de habilidades, Habilidades interpessoais
	2. E1: “Eu acho que principalmente esse olhar ampliado, tanto da família que eu atendo quanto em buscar ajuda de outros profissionais de todos os serviços.”	
	3. E1: “lembrei de um caso específico que uniu exatamente, a psicóloga do CREAS, a diretora e professora da escola da criança e eu aqui pra gente tentar e até investigar uma violência doméstica na mãe, não em relação à criança, então a gente fez um trabalho bem de conversar, todo mundo junto, pra mãe entender que a gente trocava essas informações e que a gente estava ali disposta a ajudar.”	
	4. E1: “se eu precisar de alguma informação eu vou atrás e busco saber, então assim, eu normalmente não tenho problema que o outro fale “ai não” ... então é meio que assim: você me ajuda a resolver isso? e normalmente o outro abraça. é o que eu falei pra você, não é um número tão grande que eu preciso de todos esses profissionais... normalmente tem dado certo.”	
	5. E1: “É isso assim, a prática em si, o trabalho em si, eu não vou falar pra você “mudei” em tal e tal sentido, eu acho que eu ampliei o meu olhar, não pensando só na criança que entra e saí, mas me aproximei um pouco mais das famílias, de às vezes fazer uma escuta com essa família...”	

	6. E1: “então teve uma vez que a criança dormiu no colo da mãe e a mãe aproveitou aquele momento pra falar que estava se separando do marido e do quanto aquele momento estava complicado para ela. Então, por mais que falem assim “nossa, mas aí você não atendeu a criança? mas eu entendi que pra ela era fundamental ter tido a escuta naquele momento, foi fundamental, sabe? Por mais que eu não tenha feito nada que eu pudesse mudar a situação, não estava diretamente envolvida, não fiz nenhuma orientação específica, como de leis e de como ela poderia resolver isso mas só de, eu percebi que só de ela ter sido acolhida, de eu ter escutado, já ajudou ela bastante assim.”	
	7. E2: “Eu continuo fazendo isso [articulação em rede], então, eu ainda fico muito impressionada principalmente depois da capacitação quando a gente se depara com a pessoa dizendo “nossa, que bom que a gente pode contar com você” “aí que bom que não sei o que” “nossa, mas você falou com a educação sobre isso?” E eu falo: “mas não é assim que tem que trabalhar?”	
	8. E2: “É, porém, eu tinha um município em que a gente não tinha CAPS, não tem ainda. Então quem acolhia os seus pacientes psiquiátricos era a gente na própria unidade então a gente foi aprendendo a fazer essas coisas. Quando eu vim pra cá e foi ter a capacitação e a gente foi escolhido para participar, nossa, eu lembro que pensei, “vou aprender a fazer alguma coisa que até então eu só estava fazendo na raça então vai ser muito bacana” aprendemos bastante em relação a isso.”	
	9. E6: “Então, depois que eu fiz essa capacitação eu entendi muita coisa do que aconteceu com o meu irmão e eu acabei conseguindo ver de um jeito diferente as pessoas que passam pelo posto que são pessoas sim que precisam de ajuda mas que não sabem como pedir, até tiveram pessoas sim que vieram pedir ajuda mas tem aquelas que não sabem como pedir e, depois da capacitação, a gente consegue ter uma percepção melhor dos pacientes em si, pelo menos comigo aconteceu isso”	
	10. E6: “mas só que assim, até então, o diferencial dos pacientes era uma coisa, depois da capacitação, para mim, a visão ficou melhorada. Me ajudou bastante.”	
	11. E6: “Ah sim né, porque a gente muda a maneira de como falar com essas pessoas, né? Não que assim elas sejam pessoas que tem prioridade porque todos na unidade de saúde tem prioridade mas a maneira de abordar uma pessoa que seja de “situação de CAPS” “ de saúde mental” é diferente e, assim, é perceptível quando a pessoa tem algum problema, às vezes não, mas na maioria sim, então quando a gente chega nessas pessoas elas acabam vindo, como vou dizer, mais tranquilas assim, não é?”	

	12. E6: “na verdade, então eu acho assim, que não mudou muito, só mudou mesmo eu perceber quem é a pessoa que talvez tenha algum probleminha mental mas não relacionado apenas a esquizofrenia ou coisa parecida, mas assim, dá pra perceber que ela está diferente, então eu acho que isso me ajudou mais.”	Desenvolvimento de habilidades; Habilidades
	13. E7: “eu não tinha, então em muitas falas eu ficava assim “ah, frescura, vai trabalhar que passa” entendeu? E depois eu ficava assim “não, pera aí, calma, não é assim” Então eu acho que é mais assim, de você conseguir pegar as coisas no ar, de ter mais atenção nas falas das pessoas, porque assim, a pessoa ela tá com sorriso no rosto mas às vezes ela está com isso só por estar, entendeu? Não porque é o que ela está sentindo, às vezes é só pra ela demonstrar outra coisa. Escondendo, sabe?”	
	14. OP2: A1 traz caso contra-referenciado do CAPS, cita episódios de crises frequentes, relata que realizou escuta por telefone durante crise depressiva com ideação suicida.	
	15. OP2: A3 demonstra amplo conhecimento em relação à usuária, sua rede familiar e relações sociais.	
	16. OP2: P1 fala sobre importância do acolhimento, realizando inclusive orientações com os pais no caso de adolescentes, cita exemplos de resolutividade de casos de usuários em apenas um momento; A2 concorda e cita exemplo de instrumentos como o genograma e o ecomapa que podem ser realizados durante o acolhimento e auxiliam na estruturação do mapeamento das demandas e estratégias de resolução;	
	17. OP2: Durante discussão de caso de outra equipe de referência, A2 sugere articulação com os AC's para investigar a percepção dos moradores do território sobre a usuária e sua condição de vida para conduzir futuras intervenções;	
	18. OP2: Profissionais presentes são interativos entre si, opinando e somando para casos alheios em coletividade;	
	19. OP2: Profissionais se mobilizam para resolução coletiva dos casos (trabalho em equipe e articulação em rede);	
	20. OE1: Profissionais demonstram trabalho em equipe muito forte e planejado durante uma discussão de caso de um usuário encaminhado à UPA por ter questões clínicas relevantes;	
	21. OE1: Demonstram boa articulação em relação à inclusão da família no manejo dos casos e também na denúncia de falta de responsabilidade desses serviços e suas consequências para o ministério público;	
	22. OE1: Resolução e articulação em equipe positivas, diálogo horizontal e valorização profissional entre colegas;	

Barreiras	23. OP3: A1 inicia reunião trazendo caso de usuário que recebeu na unidade, via encaminhamento da Santa Casa que recusou cirurgia de amputação de membros inferiores, relata visita domiciliar e recusa de paciente após explicação da equipe de necessidade do procedimento e prognóstico negativo de lesões. Cita articulação com o CRAS durante a condução do caso.	
	24. OP3: A2 e P2 falam sobre gestante usuária do território que está desaparecida, P2 relata boa adesão anterior da usuária em acompanhamento intensivo no CAPS AD, no qual ia quase todos os dias na unidade. Relata que tentou contato no dia anterior e que companheiro relatou uso e situação de rua da usuária;	
	25. OP3: Profissionais da APS e atenção especializada demonstram boa articulação entre si, boa comunicação e resolutividade entre equipe multiprofissional;	
	26. OP3: Grupo demonstra horizontalização de comunicação durante o apoio: casos são discutidos coletivamente, independente do serviço de referência;	
	1. OP1: A1 traz discussão de caso de usuário alcoolista que teve exames alterados (TGO/TGP), com consumo diário de cachaça, cita encaminhamento ao CAPS AD; P2 questiona se a equipe tem conhecimento em relação à situação familiar e econômica do usuário, A1 responde que não perguntou nada em relação à isso durante consultas com o usuário.	Desenvolvimento de habilidades; Habilidades interpessoais
	2. OP1: Profissional da AB relata paralisação em frente aos casos de saúde mental e dificuldade no manejo de urgência/emergência. “Às vezes a gente não sabe o que fazer.”	
	3. OP1: A2 pergunta como funciona o encaminhamento para os CAPIs, se deve ser direto (apenas indicando à ida ao usuário) pois geralmente os usuários têm dificuldade de aceitar/reconhecer a necessidade de sua ida.	
	4. OP1: A2 pede por uma “luz” em caso de usuária idosa com dificuldade de adesão ao plano de tratamento, cita contato com o CREAS; relata que idosa é “incapaz”; porém, relata que a mesma esteve no serviço naquele mesmo dia para retirada de medicação e realização de curativos.	
	5. OP1: Equipe da Aps tem participação tímida, exceto nos momentos de casos individuais de cada unidade, compartilhamento de ideias e resoluções tímidas.	
	6. OP2: Durante discussão de esgotamento de ofertas terapêuticas na ESF, P1 cita a capacitação da Unicamp e relata que sentiu falta de uma relação mais direta com a prática e potencialidades de resolutividades dentro da Esf, ressalta que a abordagem teórica é de importância, mas que seria interessante trazer algo mais prático para o contexto da ESF.	

	7. OP2: Profissionais discorrem sobre como a capacitação soou mais teórica e que há uma necessidade de capacitação que aborde mais a prática da Esf e as resoluções que são possíveis lá dentro do serviço - educação permanente em relação ao acolhimento a escuta ativa;	
	8. OP2: Profissionais concordam em relação à falta de uma capacitação prática mais voltada para o contexto da ESF; compartilham anseio por mais capacitações;	
	9. OP1- P2 pontuou sobre as dificuldades no acolhimento de usuários que chegam no CAPS apenas por indicação e da importância de encaminhamentos através da ficha preconizada ou de contato telefônico para maior compartilhamento das especificidades dos usuários e menor perda de dados após sua chegada no CAPS.	
	10. OP4: Modelo de discussão fragmentado = casos são trazidos individualmente por cada profissional (ACS) durante a reunião, aparentemente, conforme território de abrangência. Parece não existir uma apropriação coletiva dos casos pela equipe como um todo;	
	11. OP4: Falta de perspectiva de estruturação de estratégias leves como a elaboração de grupos, rodas de conversa, atividades para além da reunião de apoio em si;	
	Capacidade - Regulamentação Comportamental	Desfecho
Facilitadores	1. E3: “Isso, até lembrei que em relação ao de cigarro eu não lembro mais de perguntar, até porque eu não estou mais no CAPS AD mas se eu tivesse, acho que eu ia me lembrar mais de perguntar sobre a questão do tabaco né, mas é isso mesmo, em relação aos registros, tem coisas que a gente acha que não é importante mas tem sua importância sim.”	mudança de hábitos, planejamento de ações
	2. OP1: P2 promete aos profissionais da APS que irão trazer desfechos em relação a capacitação solicitada de manejo em breve, fala sobre tentativa e importância de mudar detalhes no acolhimento na APS, buscando praticar acolhimento humanizado e comunicação qualificada;	mudança de hábitos, planejamento de ações
	3. OE1: P1 Fala sobre o sucesso das atividades do Setembro Amarelo (apesar de barreiras iniciais do público) [como visualizar as ações como “enrolação” durante outras rotinas da rede]. Sugere trazer para as reuniões de apoio matricial se houve um aumento de procura da rede após essas atividades, que abordaram a rede de apoio e os possíveis encaminhamentos;	
	4. OP1- Durante discussão em relação ao modelo da reunião de apoio [acerca da efetividade da união de equipes] P1 cita sobre papel e participação no CEP, explica o que é, seus participantes e que levará como pauta essa discussão [profissionais não visualizam resultados em modelo das reuniões de apoio] em uma próxima reunião e dará um retorno sobre outras possibilidades;	

	5. OE1: Há visível valorização e planejamento para inserção de usuários em outros equipamentos sociais e atividades de lazer (zoológico, biblioteca);	
	Oportunidade - Influências Sociais	Desfecho
Facilitadores	1. E2: "Eu costumo dizer muito isso para as pessoas, é diferente quando você tem um rosto, né? Quando você fala com a responsável da unidade x é diferente quando você fala com a responsável x. E aí a gente conseguiu ver outras pessoas, se identificar com pessoas, principalmente nos dias dos encontros, ver as pessoas, o jeito que elas trabalhavam, o jeito que elas pontuaram suas dificuldades, o jeito que elas estavam tentando fazer as coisas... então por um tempo eu achei que aquilo [capacitação] deixou a gente mais unido mesmo, sabe?"	Suporte social e identidade de grupo
	2. E2: "Por ali [capacitação] a gente conseguiu uma ajuda em dizer que a gente pode trabalhar junto."	
	3. E3: "eu estava em outro local né, que era o CAPS AD, então, eu fazia totalmente parte, apesar de não ser em horário meu de trabalho, eu até conseguia remanejar para participar nas quartas a tarde das reuniões, acredito que por parte de, independentemente de onde eu estivesse, se tivesse que fazer parte da capacitação, claro, eles incentivam, só teria que fechar minha agenda nesse período, que eles reclamam, de fechar a agenda. Nunca tive problema com isso"	
	4. OP2: P1 elogia o posicionamento da unidade de ESF em realizar acolhimento e vínculo, estabelecendo um profissional de referência. Discorre sobre humanização do acolhimento e sua importância para disponibilizar ofertas diversas, além das biomédicas,	Suporte social e identidade de grupo
	5. OP2: P1 fala sobre conceito de clínica ampliada e suas vantagens em planejamentos de condutas do gênero;	
	6. OP2: P1 discorre sobre cultura biomédica e ressalta que o momento do acolhimento não precisa ter um teor diagnóstico especializado, pontua potencialidades em ferramentas como a escuta ativa com mapeamento de problemas; A2 concorda, ressalta estratégia e importância do trabalho em equipe e desconstrói a lógica de responsabilização exclusiva da atenção especializada.	
	7. OP2: P1 concorda sobre fala de importância do trabalho em equipe, ressalta o papel do ACS e sua potencialidade enquanto profissional da ESF e cita exemplos de estratégias potentes como a visita domiciliar e a necessidade de mediação do ACS	
	8. OP1: P2 dá exemplo de sucesso ao exercer um contato mais frequente com a ESF para a resolução de um caso em outra equipe, ressalta que não é necessário esperar a reunião de apoio para realizar a discussão de caso e que uma maior periodicidade pode ser uma estratégia para resoluções mais fluidas;	

Barreiras	9. OP1- Durante o levantamento de estratégias para a resolução do caso, P1 sugeriu articulação com o núcleo familiar para tentativa de técnica de supervisão e também fortalecimento de vínculo com a equipe da unidade, atribuindo algum profissional de referência que pudesse acompanhar o usuário semanalmente durante a terapia medicamentosa. “a gente tem que estar junto...”.	
	10. OP1: P2 fala sobre profissionais que podem ser referências de vínculo aos usuários e que isso pode ser uma estratégia para realizar uma escuta/acolhimento; cita técnicas de CNV, cita caso de manejo com usuária agressiva através de CNV e vínculo;	
	11. OP2: Durante discussão de caso com dificuldade de vínculo na ESF, P2 ressalta que a vinda da usuária para a unidade para realização de curativo e retirada de medicação pode ser uma boa oportunidade para estabelecer o vínculo com a equipe... e que o caso parece estar relacionado à sensibilidade e não transtorno mental.	
	1. E2: “É, durante um bom tempo a gente conseguiu [concretizar o trabalho articulado em rede]... porque acho que estava mais fresco antes aí o pessoal entendeu que era assim... agora parece que a gente tá voltando a bater de novo em ponta de faca, entendeu?”	conformidade de grupo, comparações sociais
	2. E2: “Mas a gente ainda sente um pouco de resistência às vezes em relação a esse trabalho em rede mesmo, né? Às vezes a pessoa quer, é “ah, mas porque não fica só aí? porque precisa disso, porque isso não fica em tal lugar e porquê que isso não faz assim?” É... ainda é difícil a continuidade de entender como um todo.”	suporte social, identidade de grupo
	3. E4: “Existe o CAPS, o II lá, portas abertas, ótimo, portas abertas, mas será que eles também não podem vir acompanhar a gente nas visitas? Quando, sete anos atrás, eu tô com 19 de carreira, os primeiros sete anos de Saúde da Família era intersetorial, era um trabalho ligado um no outro, quantas visitas eu M, com o CAPS, que a enfermeira do CAPS, saiu, veio aqui, veio até a visita, até o paciente, me dar respaldo, me ajudar, como direcionar. Isso não existe mais, é cada um no seu quadrado, entendeu? Aí a Unicamp veio, ótimo, a USF, tá dando suporte para o município, tá, mas o que que tá sendo feito com esse suporte?”	
	4. E4: “Então pra mim capacitação e conhecimento, é um ganho de conhecimento e eu quero exercer, quero praticar esse conhecimento, eu tento fazer acontecer e quando acontece, eu tenho pra onde direcionar? Eu tenho o apoio desta equipe que me ajude? Não.”	
	5. E4: “Você compreendeu? Então a capacitação pra nós é ganho, é válido, não tô falando que não é não, é muito bom, dá aquele “nossa, iluminou eu pra aquele paciente tal, fez eu lembrar do paciente tal, nossa, dá pra fazer assim” Tá, a gente tem a vontade nossa de fazer, o que não	

	falta aqui é vontade de todos os profissionais pra fazer. Mas para onde eu vou quando eu precisar do respaldo para a solução desse problema. Entendeu?”	
	6. E4: “que que a gente tava fazendo agora? A gente tava discutindo casos, é isso que a gente faz entre nós, discutir, porque nem a gente mesmo tá aguentando mais, sabe, quando a gente não tem mais estrutura pra lidar com o problema do paciente? Olha, pra você não dar, você que tá aqui, você precisa ter um equilíbrio, você precisa estar segura do que você está falando, você precisa passar isso pra família, quando você não tem mais isso, eu M, aí, algo está errado, você concorda? Mas será que sou eu o problema ou o que está me dando suporte não tá me ajudando?”	
	7. E7: “se pegasse uma vez no mês, um dia no mês pra ir em cada unidade falar sobre o assunto que foi comentado, acabou com a capacitação online que a gente fez lá tudo com vocês, os vídeos, chegar e falar “e aí gente, como a gente pode aplicar isso aí que vocês aprenderam? o que vocês acham, o que está faltando?”	
	8. E7: “Não, a gente não teve isso da nossa coordenação, não teve um incentivo, a gente teve de vocês que vem e conversam, né? Aí aplica teste e faz as coisas mas deles mesmo, não”	
	9. E7: “Mas acho que não, não tem muito essa incitação deles [coordenação]de saber se a gente está aplicando.”	
	10. E8: “Agora, você falar assim, existiu alguma coisa da instituição em relação a isso? Aí eu falo que não. Em termos assim, eu me via como sendo um componente da instituição que fazia essa valorização da pesquisa com a minha equipe, não isso de fora pra dentro, isso eu acho que não houve. Assim como não houve alguma coisa do da pós pesquisa de valorização e trabalhar com esses dados, com esses recursos que foram disponibilizados, até, desde que houve o encerramento lá com o pessoal da rede, que foi passado os resultados finais com a finalização dos dados e tal, eu não vi nenhum movimento do que fazer com isso, então veja, e eu sempre falava que as coisas iam acabar engavetadas em algum lugar e é o que parece que ficou assim”	
	11. E8: “eu não vejo nenhum tipo de planejamento futuro baseado nisso, a gente identificou coisas a serem melhoradas, mas isso, em nenhum momento, foi sentado com os gestores de cada equipe para falar como que poderia ser sanado, como que poderia ser melhorado.”	
	12. E8: “não que isso seja algo que vem de fora, na verdade, é um movimento contrário da gente ter que pressionar a gestão para efetivamente realizar essas mudanças que são fundamentais para o segmento da saúde mental aqui, enquanto rede.”	

	13. E10: “porque elas ficam muito frustradas nisso, de não entender o serviço, de achar que tudo, por exemplo assim, a gente vê o problema na rua, a gente tá com o problema na casa, eu tive a autonomia de entrar na casa e ver o problema qual é o nosso primeiro ponto? Resolver, mas aí a gente não pode resolver, a nossa função é trazer para dentro da unidade, essa é a função do ACS, aí chegando aqui, a gente tem que discutir entre equipe, ver o que precisa acionar, aí beleza precisa acionar o CAPS, nessa ponte, que normalmente se quebra porque assim, muitas vezes o CAPS não pode, quer dizer, normalmente, eles querem dar aquela “empurradinha” sabe? aí as meninas acabam frustradas nesse caminho e normalmente, muitas vezes, o nome CAPS que era pra ser uma referência de apoio acaba sendo um “ah, eles não podem fazer nada” é isso que eu falei pra você.”	
	14. E10: “Às vezes a gente marca visita e eles nem vem, ou, na hora que você vai discutir querendo uma resolução é “ah não, não é responsabilidade do caps ou ah, não, não é paciente do CAPS” entendeu? Tá, então é paciente de quem?”	
	15. E11: “Porque não adianta eu atender o paciente de uma forma ali, tratar bem, aí ele chegar aqui e não ser tratado bem pelo técnico, pelo enfermeiro, aí não funciona, a coisa tem que ser como um todo, porque se não reforça, ele vai continuar passando ou se não ele vai passar só na recepção comigo onde ele é tratado bem, daqui pra frente, ele não vai passar mais, aí é um negócio que não evolui mais, às vezes eu sinto muito isso, ah eu sou tratado bem aqui por você mas quando chega lá no fundo eu não sou.”	
	16. E11: “Então eu vejo muito isso, por exemplo, quando o paciente veio passar para tentar encaixe que a gente fala que é o acolhimento nosso, quem passa para o médico ou não é a equipe de enfermagem, eu só pego, vejo o prontuário e passo pra equipe de enfermagem só que muitas vezes fala “ah você não tem como passar direto pro médico?” não tem porque não cabe a mim porque existe nível de hierarquia de trabalho, isso é do próprio do processo de saúde, então é a enfermeira que tria e tal mas muitos reclamam a não gostei do atendimento dessa enfermeira e tal, não gosto disso, não gosto daquilo, então às vezes é difícil mudar a cabeça do profissional sobre o acolhimento, que tem que olhar a pessoa, que às vezes ela não é folgada, ela não é só esquecida, tem alguma coisa ali que ela tem que entender mas é mesmo as barreiras do preconceito de lado, que é o mais difícil, a gente olhar a pessoa ali sem preconceito nenhum, ah o paciente sempre vem sem medicação mas porque que ele vem, tem um porquê?”	
	17. OP1: P2 realiza tentativa de compartilhamentos de sentimentos/experiências frente ao contato com usuários durante períodos de agressividade,	suporte social e identidade de grupo

	questionando se alguém já passou por uma situação semelhante a citada [agressão verbal] e ninguém se manifesta;	
	18. OE1: Profissionais relatam tentativas constantes de acessar equipamentos sociais para inserção social dos usuários em atividades de lazer e também de acolhimento na própria rede municipal, porém, muitas vezes sentem que são barrados quando não têm um “networking” antecessor, se sentem frustrados pois tal articulação em rede deveria ser institucional e não individual	
	19. OE1: Profissionais se mostram frustrados frente à falta de articulação com a UBS que não possuem matriciamento e desconhecimento mútuo de casos do território; Relatam proposta de início mas negação da coordenadora;	
	20. OE1: P1 aproveita o gancho do assunto em relação à comunicação com outros dispositivos da rede e fala sobre preocupações com exigências irrealistas da Santa Casa para internação/retaguarda aos usuários em saúde mental: como a exigência de familiares no hospital, que muitas vezes nem tem oferta de instalação e tem que ficar do lado de fora da unidade em uma espécie de “segurança”. Cita casos de tentativas de contato com a Upa e Santa Casa para retaguarda/leitos e justificativas de lotação e negação de atendimento a casos psiquiátricos;	
	21. OP4: P1 fala sobre mudança de adm do UPA e piora dos encaminhamentos após mudança. P3 concorda, discorrem sobre como era mais efetivo antes, com maior apropriação da rede e dificuldades atuais após saída da funcionária antiga. Fala sobre desconhecimento frente à falta de encaminhamento pela UPA, confusão com novos funcionários.	
	22. OP4: P1 discorre sobre más condutas da atenção terciária no manejo de casos de TS, sobretudo, com grande julgamento e cobrança de valores;	
	23. OE1: Profissionais relatam inúmeras tentativas de articular soluções dentro da própria unidade para não terem que encaminhar o usuário para a atenção terciária pela falta de estrutura do serviço, porém se vêm limitados pela própria dinâmica do CAPS II que não possui leito de permanência e não conseguem estar com o paciente após as 5 da tarde; têm perspectiva de solução através de um serviço como o CAPS III, por exemplo.	
	24. OE1: Profissionais demonstram manejos e estratégias adequadas para o cuidado articulado em rede em saúde mental, porém, se vêm extremamente limitados e frustrados em relação aos demais serviços, sobretudo à atenção terciária e ambulatorio;	
	25. OE2: Profissionais relatam tentativas de articulação com outros equipamentos da rede (ex abrigos) frustradas por perpetuação de	

	perspectiva biomédica e falta de conhecimento em relação às questões psíquicas 26. E1: Equipe discute caso de usuário que encaminharam à atenção terciária, que evadiu sem justificativas do serviço e sumiu, a equipe não tem conhecimento de sua localização e condição atualmente, se questionam inclusive se ele continua vivo. P1 e P4 me relatam sobre o esforço que foi mobilizado pela equipe da unidade e também da do CAPS AD para encaminhar e levar o usuário para o Upa e que deu tudo errado devido a estrutura cultural do hospital. P4 relata que o usuário foi encaminhado com todo o detalhamento e registros possíveis, e que P1 chegou a escrever um documento que compunha um “passo a passo” de como lidar com o usuário, P4 relata que “chegava a dar vergonha alheia de ler” e que quando viu questionou P1 se enviar o documento não ofenderia a capacidade profissional dos colegas; 27. OE1: P1 relembra entrevista com outra pesquisadora do grupo em que foi questionado sobre como ele se sente exercendo o cuidado em saúde mental, se há dificuldades em relação ao cuidado em si e que hoje ele ressalta que o problema não é o usuário em saúde mental e sim a relação com a estrutura da rede, associa essa barreira à uma “bola amarrada em seu pé” em relação à resolutividade dos casos; 28. OE1: Profissionais relatam frustração em relação à atenção terciária e exigências incomuns para o acolhimento dos usuários em saúde mental, como por exemplo, exigir a presença de familiar na unidade para realizar e manter internação além das recusas constantes em sequer receber os usuários: upa e santa casa alegam lotação ou se isentam da responsabilidade “não atendemos casos de psiquiatria”;	
	Oportunidade - Contexto e Recursos	Desfecho
Facilitadores	1. E8: “eu consigo avaliar que assim, a pesquisa teve muito mais impacto do que a capacitação, o levantamento de dados e tal, porque assim, isso mudou a parte operacional das unidades.” 2. E8: “Mudou muito a maneira de pensar, até mesmo de organização dos serviços, quando por exemplo, era contado para a gente que a falta de algumas informações, principalmente de questões mais clínicas de pacientes que passavam por questões de saúde mental, tem um pouco essa coisa negligenciada do cuidado clínico e tal.” 3. E8: “Por exemplo, tinha a parte da pesquisa mas tinha a parte dos impactos financeiros, dos custos com a saúde mental e tal do município, eu acho que isso serviu muito assim de direcionamento para o que a gente vai pensar para os serviços ao longo prazo então, não vejo que é um movimento da gestão mas assim, a parte mais interna do serviço, eu acho que foi bem mais essa parte, matriciamento, da questão de como a gente lida com os nossos	clima/cultura organizacional, pressão social

	prontuários, quem que é o nosso público.”		
	4. E8: “um dos dados da pesquisa era muito, que tipo de atividade que a gente oferta nos serviços e assim, uma das coisas que mais foram apontadas é de que assim, estava se restringindo muito a coisa individual e, a gente pensando mais em termos de SUS, tem que ter esse direcionamento mais para as ações coletivas, né? Porque aí você consegue ter uma abrangência maior que a gente não tinha, então, isso afetou na prática assim, até do planejamento de grupo, de oficinas e tal que na pesquisa ficou retratado que era o que menos tinha, que tinha muito mais atendimento individual e isso afetava a minha prática.”		
	5. E8: “Eu assim, eu não vejo que a parte de capacitação afetou tanto na coisa assim, de necessariamente, falar assim “ai, aumentou o repertório de como você entende a minha atuação” mas muito mais focado na coisa da rede, em trabalhar em rede.		
	6. E8: “Vamos dizer assim, melhorou o meu atendimento em si no atendimento de urgência? Não, mas sim naquela coisa da integração com a rede, eu acho que a gente criou muito mecanismo assim, para estreitar a comunicação com a rede e evitar, por exemplo, a coisa de não ter, porque uma coisa que a gente não tinha muito era a responsabilização dos casos ficava muito naquela coisa de encaminhamentos soltos, então, hoje assim, a coisa vai muito mais compartilhada em termos de responsabilização e isso afeta a prática de todos os profissionais do CAPS e inclusive da rede.”		
	7. E8: “Eu acho que eu vejo, muito uma parte assim, de compromisso da parte das equipes de estreitar muito as relações com as unidades.”		
	8. E8: “Para se conversar em relação a isso, então hoje a gente mantém aquela reunião mensal e tal [CEP], que é uma maneira de não deixar o assunto esfriar, então a gente sempre está ali discutindo coisas que estão afetando para não sair de algo que foi planejado em cima de dados da pesquisa, considerando as demandas e as necessidades de cada serviço.”		
	9. E7: “Melhorou, melhorou, com os matriciamentos mesmo, eu comecei a participar mesmo dos matriciamentos esse ano, então assim, dá para ver que teve mudanças mesmo lá, aqui o acesso ficou realmente melhor”		
	10. E7: “Mas eu acho que em comparação ao que era (implementação), eu acho que melhorou sim, melhorou, chegar no serviço facilitou um pouco mais, como eu disse, tem falhas, mas melhorou.		
	1. E2: “a gente vive grandes dificuldades aí, por exemplo, falta de profissionais, falta de recursos, então, assim é difícil... [realizar práticas ideais no dia a dia)	recursos, materiais	recursos
Barreiras			

	2. E2: “Hoje infelizmente a gente tem um problema em relação à equipe e a estrutura em que eu não posso sair fazendo essas conexões e participar das reuniões. Eu tenho uma ordem do meu superior de que não é para eu deixar o serviço, então assim, para eu poder participar da reunião e não sei o que, teria que ser aqui. “ 3. E2: “Então assim, hoje a gente está com isso e para mim é complicado porque eu estou no conselho do adolescente, estou no conselho de morte infantil, eu estou nesse grupo de saúde mental que eles se reúnem uma vez por semana, toda... não sei como é porque eu não consegui participar de nenhum, né? Eu cogitei um que eu não vou conseguir ir.” 4. E2: “No caso, de onde está o serviço a gente tem um problema estrutural assim gigantesco, você está aqui onde é o segundo andar, né? Então assim, na teoria a gente não poderia ter nenhum serviço de saúde com escada e por falta de um eu tenho três andares.” 5. E2: “Eu não tenho uma sala para acolhimento em grupo, então se eu for fazer uma atividade em grupo aqui eu tenho que tirar uma pessoa de algum lugar, tirar do atendimento e sair deslocando, eu não tenho uma sala dessa:” 6. E2: “Me faltam profissionais, então eu tenho uma psicóloga que trabalha de segunda a quinta e uma psicóloga que trabalha de segunda, quarta e sexta. Tenho uma psiquiatra que trabalha uma vez por semana e eu tenho uma demanda que hoje [setembro], por exemplo, a minha agenda de psiquiatra está para dezembro. Então a gente tem que ficar dando nó em pinga d' água, literalmente.” 7. E2: “Mas o que me acontece hoje: “ah, tudo bem, eu preciso de mais três psicólogos para dar conta só da demanda de adolescentes que a gente tem hoje em dia na rede” eu colocaria eles onde aqui no serviço hoje em dia? Eu não tenho salas para atendimento. Então eu tenho um prédio muito grande, fragmentado, com pouca sala. Então hoje, apesar de eu ter um número pequeno de profissionais, eu não tenho como aumentar meu número de profissionais porque eu não tenho onde colocar eles para atender, tá?” 8. E3: “porque de adulto não acolhe [o CAPS], acolhe só quando tem a crise, tanto que a fama do pessoal, por exemplo, da ação e inclusão fala, tipo “você reza pra pessoa surtar ou tentar suicídio ou surtar pra ir pro CAPS” ou então no ambulatório em que eu faço parte, lá, os atendimentos são assim, se tiver muito ruim, você pode até conseguir alguns atendimentos quinzenais mas, assim, geralmente é uma vez por mês, uma vez a cada 45 dias, não é um acompanhamento mais de perto, né? Aqui de criança, já é o contrário, já estava com a fama, pelos profissionais de ação e inclusão de que criança ótimo, para consulta, tá ok, agora para adulto você senta e chora, surta ou tenta suicídio pra ir pro CAPS, né? E a questão do AD também.”	
--	---	--

	9. E4: “então assim, aqui mesmo a nossa população do PSF, é idosa, é hipertensa, é jovem, é adolescente, já está dando sinais que precisa ter não só o olhar clínico mas estrutural... não sei a forma correta de falar mas estruturar sim o CAPS de saúde mental, o CAPS hoje ele trabalha com poucos profissionais,”	
	10. E4: “Precisa de mais enfermeiro, de mais psiquiatra? Precisa, um psiquiatra para não sei quantos habitantes é um absurdo, uma cidade que tá gritando, que precisa de estruturação na saúde mental, é demais. Agora, de que que adianta a gente detectar esse problema, entendeu? Que que o gestor está fazendo? Tá enxergando que a população do município, a maioria é saúde mental, o que que eu vou trazer?”	
	11. E4: “Seja onde for, porque que a UBS, porque que a ESF não está mais dando conta? Porque o psiquiatra também não está dando conta? Porque um psiquiatra para mil habitantes, um psiquiatra? Sabe onde eu cheguei?”	
	12. E5: “É, nós já tivemos muito mais trabalhadores aqui, a gente tinha aqui, quando abrimos o CAPS, um número muito maior de profissionais e uma clientela muito menor, então o trabalho fluía muito melhor, né? Hoje a gente tem muita dificuldade por conta do número reduzido, por exemplo, nós tínhamos duas terapeutas, ficamos com uma só, nós tínhamos 4 enfermeiros e mais 3 profissionais de enfermagem, hoje nós temos só 1 enfermeira e dois profissionais de enfermagem, nós tínhamos monitor, hoje a gente não tem mais, nós tínhamos guarda, hoje não tem mais, então diminuiu bastante o número de funcionários. Algumas atividades que a gente dava conta de fazer, hoje em dia está mais difícil.”	
	13. E6: “Eu acredito que se tivesse um programa, um grupo para pessoas assim, é que não tem um espaço bacana pra que isso seja realizado, como por exemplo, a gente tem grupo de gestantes, grupo de hipertensos, entendeu? Aí se tivesse um grupo assim... já foi feito até por uma estagiária de psicologia e para ela deu certo e para algumas pessoas, inclusive, tem uma senhora que é nossa paciente que ela mudou completamente depois desses grupinhos que elas fizeram, então, de a gente conseguisse fazer mais grupos assim eu acho que seria muito válido porque ajuda a pessoa a se entender um pouquinho.”	
	14. E6: “Antigamente tinha o pessoal o NASF, tinha psicóloga na unidade, tanto que quando foi tirado o pessoal sentiu muita falta, os pacientes que vinham já estavam acostumados com a psicóloga que vinha uma vez por semana, então eles sentiram muita falta disso, acredito que ainda sentem, porque agora é mais difícil conseguir consultas, sabe?”	
	15. E6: “Eu imagino, eu não sei como que funciona, mas eu acredito que para eles [usuários em saúde mental] está sendo mais complicado conseguir [atendimento após a destituição do NASF], então,	

	aqui, por ser já na unidade de saúde para eles era mais fácil estarem vindo porque já conhecem o local, já conhecem as pessoas que trabalham aqui, então para eles era mais fácil vir e não faltavam, eram poucos os que faltavam, depois que foi tirado [nasf], foi uma pena..”	
	16. E9: “A equipe mínima eu acho que a gente não conquistou ainda, eu acho que precisaria pensar, minimamente, mas isso a gente vai entrar em relação a secretária mesmo da saúde onde as questões de infraestrutura mesmo, eu, pela minha pequena experiência é a mínima, não é nem a mínima necessária que precisaria para que o serviço realmente fluísse de uma melhor forma.”	
	17. E9: “Nem a equipe mínima a gente tem, eu acho que isso prejudica muito o trabalho, por mais que as pessoas sejam altamente competentes aqui, cada um na posição deles aqui para mim é maravilhoso, eu tenho muito o que aprender com eles mas eu acho que não avançou o tanto que poderia avançar a competência da atual equipe que a gente tem aqui no CAPS.”	
	18. E10: “Por exemplo, adolescentes, a gente teve na pandemia, vários casos de pacientes se mutilando, a gente não tem CAPSi aqui no município então fica esse gargalo: não vai passar no CAC porque o CAC não é para eles, não vai passar no CAPS porque o CAPS è +18 e aí vai para o SUS, aí o SUS é tão cheio que esse adolescente que precisava de uma coisa urgente, acaba sendo engolido pelo sistema, enquanto isso em todo esse tempo, é aqui que a família vem, é na casa que a gente pega.”	
	19. E10: “A gente perdeu o NASF, foi uma grandíssima perda, porque? A gente tinha esses profissionais aqui dentro da unidade e assim, a gente conseguia resolver muita coisa aqui, principalmente, por exemplo, todos eram importantes mas por exemplo, assistente social, a gente tinha aqui, antes a gente tinha essa autonomia: “ah fui na casa de um paciente, vi que estava passando dificuldades, não entendi os programas, preciso de uma ajuda social.” Antes eu chegava aqui [no centro de saúde] , eu sabia que a assistente social ia vir, que ela vinha uma vez por semana ou a cada 15 dias, no máximo, conversava com ela, ela agendava um dia e a gente ia fazer um atendimento com essa pessoa para orientar ou, por exemplo, acamado, vulnerabilidade, falta de cuidado, família não querer saber, a gente ia fazer visita e a gente já resolvia aqui. Hoje não, se eu identifico um paciente com problema social eu falo pra ele procurar o CRAS, aí, ele tem que ir lá, o CRAS é lá em cima, e eu, não tenho contato com as meninas do CRAS, eu não sei quem trabalha lá, a gente não tem tanto contato, antes fechava aqui, hoje por exemplo, um caso de acamado, a gente tem que acionar o CREAS, aí o CREAS tem que vir fazer a visita, tudo ficou mais difícil, mais trabalhoso, entendeu?”	

20. E10: “É, por exemplo, psicólogo, a gente tem tantos casos, nessa parte da saúde mental, a gente tem tanta coisa, a gente entende que aqui não é lugar de psicoterapia, a gente entende isso, mas por exemplo, aqui a gente tinha casos tão graves que a gente conseguia encaixar com o psicólogo aqui para fazer um um atendimento mais rápido, agora não, agora vai lá para o SUS, que é terapia uma vez por mês por trinta minutos. Então assim, a gente estava começando a construir algo que a gente perdeu.”		
21. E10: "Ao mesmo tempo que melhorou com a capacitação, a gente perdeu por conta do NASF, então é aquela questão, foi bom mas aconteceu uma coisa muito pior que acabou ficando no meio do caminho. Se tivesse bonitinho, se tivesse um NASF junto, a gente estaria muitos degraus acima, acho que foi bom, ajudou e capacitou, mas a gente perdeu muito com isso, o nosso ESF sentiu muito.”		
22. E2: “Eu acho que a parte ruim é isso, que assim, a gente muda o nosso jeito, a gente se sente mais apoiado em relação à isso mas algumas coisas ainda não modificaram;”		clima/cultura organizacional, pressão social
23. E2: “Então eu acho que, pelo o que eu tinha entendido quando a gente fez, a gente fez com todo mundo da saúde né? Então a gente fez a capacitação para que as pessoas entendessem que lugar de acolhimento não era só dentro de uma sala específica, que até na praça você poderia fazer isso e aí eu levo isso para todas as secretarias e às vezes eles ainda não conseguiram chegar nesse ponto e às vezes eu estou incomodando ainda, mas estamos aí.”		
24. E2: “É, eu percebo assim, que onde ficou isso mais latente, né? Continuou sendo onde você tem saúde mental trabalhando, né? E onde seria a saúde mental trabalhando seria até, tô até falando meio que uma bobeira porque saúde mental você trabalha em qualquer lugar, mas, onde você tem profissionais elencados da saúde mental então, em unidades em que você tem psiquiatras, psicólogos, é, praticamente, psiquiatra e psicólogo, a terapia ocupacional né, que eu vou ter praticamente aqui só. Aí eles entendem que ali precisa trabalhar isso, não vejo mais isso nas unidades básicas”		
25. E2: “Eu to com um caso assim aqui hoje [encaminhado pela APS], a criança falou na escola que escuta vozes e que estão pedindo para ela se matar e aí o que a gente vai fazer? E eu falei “tá, meu psiquiatra tá aqui só na quinta-feira, então eu não tenho psiquiatra antes disso” a escola é do lado do posto de saúde e a criança mora na rua de trás, o médico do posto está todos os dias lá e eu falei “viu, acolhe essa família porque essa criança está sem medicação” aí eu entrei em contato com a escola porque isso foi falado na escola e perguntei “e aí como tá”? E aí falou “não, a gente avaliou, tá assim, assim, assim” então eu faço a rede com a escola e com a unidade de saúde e aí eu tenho que falar pra eles “viu, não é que eu não vou atender a criança mas eu não tenho psiquiatra aqui” e não tem porque		

	eu trazer para o meu médico que nunca viu essa criança se seu médico que vê a criança todo mês aí já sabe como a criança tem que ser, conhece a família.”	
	26. E2: “Então assim, não adianta eu tirar ele [usuário com demandas em saúde mental] de lá [serviço ESF] então vamos tentar, já que ele está indo aí na unidade que atende essa família, faz um primeiro acolhimento, vê se essa família vai aderir ao tratamento porque se não, não adianta ele vir pra cá, para ele só vir, ocupar a vaga de alguém pra retirar uma medicação que nunca vai ser usada, né? Que é o que tá, porque assim, o último atendimento dessa criança foi em julho, ele não pediu retorno, então assim, essa medicação não tem como estar válida, se foi usado ou ele acabou com essa medicação e nunca mais fez ou ele simplesmente não usou a medicação, então adianta eu arrumar uma vaga de emergência só para quinta? mas eu também não posso não arranjar só que eu preciso que algo seja feito antes porque eu falei “quinta feira é longe pra uma criança que está ouvindo vozes, quinta feira é longe” aí a gente percebe que muitas vezes a gente tem que explicar tudo isso, falar “olha, vamos acolher não é só mandar para a gente “olha pode acolher” então a gente tá tendo que lembrar de novo que é em todo lugar que a gente pode fazer isso [acolhimento] então por isso que digo isso.”	
	27. E2: “E aí depois ficou meio que um check list de que foi feito o curso então assim, minha sensação hoje é... eu sinto que ficou muito checklist “ah beleza, participou” então, “ tem uma quantidade de pessoas que participaram, a gente precisava colocar um montante, essas pessoas participaram” Porque eu tenho muita essa sensação de que quando a gente pensa em trabalhar em rede, para poder ir nas reuniões é “não”. Às vezes é mais importante você estar na unidade, não para fazer nada né porque a gente sempre tem coisa pra fazer mas assim, não se vê como tão importante esse serviço, não é visto como um serviço de prevenção importante quanto apagar os incêndios da vida, eu ainda vejo cultura imediatista, então eu não vejo pensando lá na frente.	
	28. E3: “mas no CAPS tinha muito mais essa questão de você fazer contatos, de intersetorialidade, relacionamento, porque eu lembro que lá era diferente, o contato era maior com a AB ou até mesmo com a UPA, com a Santa Casa, a gente tava sempre ligando, conversando, é mais dinâmico, aqui, pensa assim, em uma clínica, padrão clínica, não é igual, é diferente.”	
	29. E4: “é raro um paciente que venha aqui que não tome fluoxetina, não tome Clonazepam, não tome medicamentos assim controlados, então assim, teria que ter uma estrutura muito forte aqui no	

	município, entendeu? Tinha que ter um olhar diferente para a saúde mental, para o CAPS II, para o CAPS AD”	
	30. E4: “Então o que eu vejo: chega o problema, a gente tem muito caso de pessoas querendo se matar, muito caso de droga, pacientes nossos hipertensos, diabéticos, idosos que não sabem mais dormir sem um Rivotril, sem um Clonazepam, os casos chegam na unidade, a gente repassa os casos, os casos ficam parados, ficam na nossa mão, então, é ótimo sim ter a equipe multidisciplinar, a Unicamp dando esse apoio pro município é muito bom mas ele não pode ficar só no papel, entendeu?”	
	31. E4: “Ah, eu vou capacitar o paciente, vou capacitar as agentes comunitárias, hã?” Não se vive só de capacitação, se vive de ações, o que eu vou fazer com esse problema? Que respaldo eu vou dar? Eu vou devolver pra família? É o que tá acontecendo, você tá entendendo? Mas é culpa do CAPS II, dos profissionais que estão lá? Não, é culpa da própria gestão do município que não quer enxergar que eu preciso estruturar a saúde mental do município, aumentar, ah vai precisar aumentar a demanda, vai precisar aumentar os profissionais, contratar? Vai precisar!	
	32. E4: “A pessoa tem uma crise, vai pro UPA medicar e volta pra casa, se o ACS não faz visita ou a família não vem atrás, ninguém fica sabendo ou quando o caso já tá pior, a pessoa já encontra morta, ou se joga, ou tenta se enforcar. Tá, e o que que tá sendo feito?”	
	33. E4: “Eu preciso que o gestor, quem cuida, o secretário, seja quem for, enxergue isso. A onde está com déficit, deficiência, então a gente tem a demanda, a saúde mental em todos os postos, vamos então estudar, traz a equipe técnica, vamos ver o que está precisando, vamos estruturar, vamos fazer um planejamento, vamos investir, tá precisando de um ambulatório, tá precisando de profissionais, então vamos investir. E é isso, pra tudo acontecer, precisa ter não só o olhar do local, o olhar da rede toda, eu não trabalho sozinha, não existe trabalhar sozinha.”	
	34. E4: “o problema aqui é que se inicia um trabalho e para no meio do caminho, criaram-se referências, existem os matriciamentos, isso está existindo, não parou de existir, se reúnem em cada posto e discutem o caso. E aí o que acontece, vem, faz um trabalho bonito, a Unicamp faz um belo trabalho, a USF então, não tem o que falar, nos ajuda. Aí elabora um trabalho, aí decidiu-se que cada posto ia ter uma referência, que nem o CAPS II tem uma referência, o nosso, é a MH, dividiu-se, cada um tem uma referência, o nosso é ela, que trabalha no CAPS, então qualquer dúvida que tiver em relação a algum paciente é ela que na reunião é responsável de levar para o CAPS AD, tá, começou esse trabalho, muito bom, tem o matriciamento, e? Começa o trabalho e para de novo, ou é por conta que tá faltando psiquiatra, entendeu? Ou “ai, chega,	

	já estou cansada desse” você entende? Então tá tudo, é uma reestruturação na saúde mental local, acho que em tudo.”	
	35. E4: “Tá aumentando a demanda em saúde mental, antes era idoso, agora é adolescente, daqui a pouco é até uma criança. Tá a UPA, é direto assim, aí chega médica e manda pra casa, mas o que que está sendo feito? Se o município sabe que a demanda é alta em saúde mental, o que que precisa para me ajudar e apoiar essa rede? O que que eu vou construir, o que que eu vou trazer? Vou parar de investir nisso e vou investir naquilo, vou ajudar, aí você consegue, se não consegue ver isso e deixa um psiquiatra para 20 mil habitantes.”	
	36. E4: “a Unicamp, a USF e as capacitações para nós é um ganho, tá bom? É grande, é grandioso. O que falta é essa articulação em rede e botar para funcionar mesmo, você entendeu? Se o ambulatório, a santa casa, não é o suporte e no CAPS II tá faltando algo funcional eu preciso olhar para essa deficiência, então é lá que eu vou olhar, lá que eu vou estruturar. Entendeu?”	
	37. E5: “Porque na realidade a gente faz o matriciamento, no matriciamento é falado sobre o protocolo de como encaminhar e tudo mais mas na maioria das vezes não vem em cima do protocolo, as pessoas continuam mandando só com um bilhetinho, só com um papel, sem contato telefônico que é o combinado, né? Poucos sim, outros não, ainda nós estamos tendo dificuldade.”	
	38. E5: “Mas a gente vai fazendo conforme consegue né, não para, às vezes a gente só fica apagando incêndio mesmo porque não dá muito.”	
	39. E6: “Agora, eu acredito que a demanda que eles tem é muito grande, né? Porque eu acho que não é assim “ah,você precisa do CAPS, vai lá amanhã” não é assim, é igual todo encaminhamento médico pra um especialista, tudo tem seu tempo, só que, querendo ou não, para essas pessoas que tem esses probleminhas de saúde mental, vamos dizer assim, elas não querem muitas vezes esse tempo, dependendo da situação, a pessoa quer tudo na hora e para alguns, eles não entendem essa pressa, para eles é uma urgência, mas é que assim, dependendo do lugar, precisa de mais tempo, porque é tudo uma agenda.”	
	40. E6: “Eu acredito que o CAPS também têm seus horários e tem que ser seguidos esses horários, então é complicado, essa parte é muito complicada, né. Porque a gente quer essa ajuda pro paciente, quer estar levando ele para o CAPS para ter uma ajuda lá, esse auxílio, mas a demanda também é grande então a gente imagina que lá também é corrido e é difícil”	

	41. E7: “Bom, quando eu participei daquela capacitação foi muito, como que eu posso dizer, a gente conseguiu ver várias falhas que tinham dentro do sistema que a gente trabalha, coisas que poderiam ser melhores e não são, atendimentos que poderiam ser mais completos e não são, busca ativa que deveria acontecer e não acontece, rede de apoio que deveria ter e não tem, então assim, a gente acabou pegando muita coisa ruim que deveria ter e que se você for pensar bem não acontece, então, assim, é triste né, falar de saúde mental e você saber que a pessoa está precisando de ajuda e você tem recursos mas esses recursos não chegam até a pessoa ou se chegam, chega falho, chega com um monte de processo administrativo antes que são coisas burocráticas e essa pessoa precisa desse acesso o mais rápido possível, bem complicado, foi bem pesado assim, saber que a saúde mental precisa disso e não tem.” 42. E7: “eu acompanho muitos pacientes meus que precisam, pessoas que você sabe que estão nessa situação só que você dá ali o comando de serviço, aí você tem que chegar aqui e falar com um, aí o outro fala com o outro, o outro fala com o outro e o outro fala com o outro e não é disso que a pessoa precisa, a pessoa precisa que a resolução chegue mais rápido para ela, não que um fique sabendo da história dela, depois o outro, depois o outro, depois o outro e nada, fique lá perdido, entendeu? Aqui a gente está na primária, a nossa secundária ela tem bastante falha, bastante” 43. E7: “Tipo, por exemplo, questão de psicologia, as pessoas que tem acompanhamento no SUS é um acompanhamento mensal de 30min, como é que você faz uma terapia com uma pessoa em trinta minutos? Uma vez por mês? Não existe, não existe, é inviável isso, não existe cara” 44. E7: “Às vezes a pessoa tá passando por alguma coisa que ela não precisa ser dopada, ela precisa ser ouvida e isso não acontece” 45. E7: “É como eu falei no início, a gente tem muita falha no sistema, a atenção secundária deixa muito a desejar na questão da saúde mental, melhorou mas poderia ter muitas mais coisas, muito mais psicólogo para atender essa população, não médico psiquiatra, às vezes a gente nem está precisando de um psiquiatra, acho que mais isso mesmo, melhorar esses pontos assim tipo, muitas vezes a gente escuta uma fala de tipo assim “o CAPS é porta abertas” porta aberta para quem se o paciente chega lá em surto e manda ele de volta pra casa?” 46. E7: “A gente não recebe devolutiva nenhuma dos casos que são mandados para lá (CaPS). Ô, fulano, que era alcoolista está em tratamento com a gente, veio aqui tal dia, tem consulta marcada pra tal dia, tá tomando tal medicamento, vai fazer acompanhamento com a gente” Nunca aconteceu;” 47. E7: “A gente não tem reunião de equipe na verdade.”	
--	--	--

	48. E8: “Ficou uma coisa muito vaga, uma coisa que as pessoas referenciam pouco de ganho por ter feito a capacitação por conta daquilo que a gente falou, muita gente não está mais na rede, muita gente que participou da capacitação não está mais na rede e a maior parte das pessoas que estão na rede e que fizeram a capacitação são mais os profissionais ali, os agentes, por exemplo, a parte na intervenção mesmo, até de receber e lidar com alguns casos no serviço não é uma coisa que tem muita intervenção da parte deles,”	
	49. E8: “Isso [déficit na participação da capacitação] eu faço uma crítica à gestão municipal em um contexto que assim, a gente avaliou quem seriam os profissionais que se beneficiaram dessa capacitação e foi feito algumas ações pontuais com os agentes, antes de pensar na capacitação, até pra levantar o que eles tinham de necessidade para realizar o trabalho e ok, porém, na efetivação, as pessoas que decidiram por isso, não eram pessoas que tinham comprometimento de fato com o resultado.”	
	50. E8: “Foram entrando [na capacitação] pessoas assim, que não tinham uma ligação com a rede no sentido de que, sei lá, estagiários que estavam fazendo estágio na unidade em um período e aí “ah, você tá aqui, então vai na capacitação” então eu achei uma coisa meio descompromissada mas assim, eu tiro a responsabilidade disso da Universidade, eu tiro a responsabilidade disso da Unicamp, eu acho que ficou muito uma questão da gestão municipal.	
	51. E8: “existe uma precarização no serviço então muitas vezes o que que acontece, a gente acaba focando muito mais em ações para atender as emergências do que para ações que envolvem planejamento. E que aí processos contínuos seriam muito bem vindos para manter a pauta e acho que é uma coisa que levaria um bom tempo pra gente falar assim, pra mudar uma cultura organizacional muito difícil, né?”	
	52. E8: “isso não é só na saúde mental, porque assim, no meu entendimento, de um dispositivo de estratégia de saúde da família que tem como um fator mais significativo ali a relação da unidade com o território, quando a gente fala de rotatividade, é como se você pensasse que na hora que a pessoa ela cria um vínculo com o território, na hora que ela cria um vínculo com a população, ela sai. Né? Não é nem só do conhecimento, do treinamento e tal, mas é da própria relação com o território e ainda mais quando a gente fala de CAPS por exemplo, tudo é vínculo, né?”	
	53. E8: “Então os vínculos são muito, a gente entende a importância dos vínculos e a gente acha que o território é fundamental mas essa é a questão que sempre acontece em qualquer discussão aqui na rede sobre o atendimento na atenção básica, da rotatividade, porque na UBS você não tem esse problema, só que a UBS, por exemplo aqui, ela não é muito articulada, tanto que, nós não matriciamos	

	UBS, até porque, não é, vamos dizer assim, já foi colocado essa possibilidade mas não houve interesse por parte das equipes... mas a gente sabe que o profissional que está lá, já está lá a bastante tempo, os tipos de vínculos que eles possuem com a secretária é diferente do pessoal que está lá com o contrato porque tem até isso, às vezes muita a empresa que está contratando e aí muda toda a equipe mesmo.”	
	54. E8: “Eu acho que assim, eu falo, o que que é o científico, o científico é você ter que mensurar impacto, não tem jeito, então, se eu falar pra você que teve impacto, eu vou estar mentindo.”	
	55. E9: “porque não é só o CAPS em si que vai resolver o problema aí, mas é toda uma rede com hospital, com UPA, com educação, com o CAC, então é essa rede que eu acho que nós não avançamos muito, e é mais ou menos isso.”	
	56. E9: “Acaba sobrecarregando [falta de pessoal] a todos, desde o coordenador até a equipe de enfermagem, a equipe de todos os técnicos, até a assistente social que faz as referências porque a demanda é muito grande e ela está aumentando a cada dia, eu acho que pós-pandemia, ficou tudo mais evidente, os que já tinham os transtornos pioram porque acabaram ficando mais em casa, isolados, sem a possibilidade de a gente estar mais em encontro com essas pessoas	
	57. E9: “É diferente de você falar assim vamos marcar uma reunião, vamos ver, pra você falar as suas dificuldades, eu acho que você deveria ver isso ou seguir esse caminho no caso de capacitação, de saber e tal, isso, eu realmente não vejo, é tipo assim “ah você precisa? toma, procura, vai lá procura” então isso não é motivação, isso não é pertencimento de equipe,”	
	58. EP9: “deter meu conhecimento no sentido de egocentrismo não vai ajudar, não vai ajudar a equipe, não vai ajudar o sistema, não vai ajudar nada e o outro quando se sente que ele também está adquirindo esse conhecimento ele também é motivado, a forma da acolhida e das relações de trabalho também é fundamental para que a gente se fortaleça, principalmente no CAPS que é um trabalho complexo, cansativo e que nos envolve em uma absorção das nossas energias bastante grande, então, se a gente não tiver isso bastante claro e o líder não reconhecer a onde que eu preciso atuar mais, me fortalecer, conhecer, ter um pouco de respeito pelas limitações, por uma série de coisas, eu acho que fica mais difícil o trabalho, eu acho que isso é importante de estar falando para que a gente não desista.”	
	59. E9: “Parece que a gente está fazendo as coisas tudo pela metade, então a gente não avança muito né, a gente avança e volta, avança e volta, não existe um processo de continuidade porque a gente não tem perna, não tem esse entendimento, mas isso é uma coisa que me incomoda, da gente poder avançar nesse sentido, porque sempre acha que dá pra fazer	

	e muitas vezes faz com que a gente acomode, quando você não é motivado as coisas, quando parece que as coisas não são reconhecidas, aí a gente fica meio desanimada, é muito ruim quando você tem a sensação de enxugar gelo, muito ruim, em todas as áreas, não só na saúde mental, em qualquer coisa, que você faça, que você atue, independente da sua profissão, acho que na saúde é mais gritante nesse sentido.”	
	60. E10: “o nosso CAPS é fraco, então assim, muitas vezes a gente não tem suporte, eu tenho vários casos de saúde mental na minha área, que eu acompanho, alguns até, um ou dois, tive que sair da minha função de ACS de só garantir e promover, tive que fazer um pouquinho mais, pouquinho além.”	
	61. E10: “porque assim, o CAPS aqui ele é bom lá, só que a gente entende que os pacientes eles não vão até lá, então, assim a busca é muito frágil, o paciente, se ele chega é muito bom, mas, a gente sabe dessas fragilidades”	
	62. E10: “É o que eu falei para você, se você levar o paciente até a porta e entrar com ele lá (CAPS), o serviço é muito bom, e, a gente sabe que em saúde mental não é assim, normalmente os pacientes de saúde mental não querem, né?”	
	63. E10: “Nós temos os mais médicos e são só 4 dias que eles trabalham aqui então são 4 dias intensos e a gente não consegue, por exemplo, reunião de equipe, a gente não consegue fazer para sentar todo mundo então a gente tem que resolver cada 10min rapidinho, conforme o dia permite, então assim, estava indo, estava muito bom mas a gente teve essa grande perda dessa equipe que nos dava apoio então é essa sensação de um passo pra frente e vários pra trás.”	
	64. E10: “É um desmonte, entendeu, a gente briga sobre isso, a gente fala, mas assim, o município ainda manteve, não sei como é em campinas mas aqui manteve, assim, eram duas equipes, depois o governo tirou a obrigatoriedade, logo tirou o recurso, aí ficou uma equipe, só que ficou por um tempo só porque, depois o município não conseguiu mais comportar, entendeu? Então tipo teve esse desmonte, porque não eram concursados né, a fundação que são os profissionais de dentro da equipe, fora os agentes comunitários, eles são terceirizados, então eles foram todos dispensados.”	
	65. E10: “Porque é isso, tira a obrigatoriedade, tira o recurso, por exemplo, teve uma época que o salário de médico estava tão baixo que eles não estavam conseguindo manter médicos aqui na unidade, já tem esse problema na atenção básica, então eles tiveram que escolher, eles aumentaram o salário dos médicos mas tiraram o NASF, mas o município por si só ele não consegue suportar então a gente teve um grande aumento na lista de espera de todos os profissionais.”	
	66. E11: “Geralmente a gente não quer saber, ainda mais um posto que é um alto fluxo de atendimento, a gente fica desgastado, então ter esse olhar	

	diferenciado às vezes é dificultoso pelo desgaste também não só porque a gente tem o preconceito, às vezes tem os dois, às vezes tem um ou outro.”	
	67. E11: “Mas acho que a gente poderia ter um retorno a mais do que acontece no CAPS com os nossos pacientes, porque muitas vezes, o paciente só vem com uma contra referência de alta com os medicamentos que ele toma mas ele tem que ser acompanhado aqui mas até então fazia meses que eu não nunca mais via o paciente aqui porque nem todos vem para passar com o clínico, ficam só no psiquiátrico lá no CAPS e psicológico a gente não sabe, ai tipo, às vezes ele nem está bem assim pra, assim, às vezes ele só traz o encaminhamento, a gente frisa porque às vezes acaba passando, porque às vezes a gente está na correria a gente pega e arquiva mas o certo é a gente pegar esse paciente, agendar uma consulta, conversar com ele, passar com a enfermeira pra ver se realmente ele não precisa de ser acompanhado já ou não.”	
	68. E11: “Eu acho que, por exemplo, nas reuniões que têm de apoio, não só a gente levar os pacientes que tem aqui mas os que são acompanhados lá, por exemplo, esses que estão saindo de alta, eles trazerem o que está acontecendo com eles, não só esse paciente chegar aqui ele mesmo com a contrarreferência e agora tem que ser acompanhado aqui porque a gente sabe que paciente psiquiátrico tem recaída, por exemplo, caso de ideação suicida que vai pra lá, então é perigoso tem que ficar acompanhando esse paciente e aqui a gente trabalha muito com demanda reprimida, principalmente de agenda, então a gente tem agenda reprimida pra mais de um mês e esse paciente tem que ser acolhido, passar com o médico pra rever medicação e tal, não pode esperar, eu acho que já que tem que ter esse retorno, já que vai dar alta o que está acontecendo com esse paciente lá, ô estou dando alta pra esse paciente, então trazer pra gente o que está acontecendo com esse paciente pra gente entender porque quando a gente joga pra eles, agora é responsabilidade deles mas a gente tem que ter um retorno do que tá acontecendo porque se não eles retornam pra gente e tá mas e agora?”	
	69. E4: “Então eu acho que pra tudo dar certo, pro apoio da Unicamp no município, para o UPA dar conta, para o CAPS II dar conta, para o CAPS AD dar conta do álcool e droga porque a cidade está perdida no álcool e drogas, isso é nítido, precisa ter um olhar, seja do prefeito, seja do secretário, seja um que diga “não, eu vou realmente investir na saúde e eu vou ver aonde tá precisando mais, onde tá criando mais”	
	70. E3: “Então eu não sinto que a gestão valoriza o nosso trabalho, eu sinto que quando precisa a gente apaga o fogo mas, aí né, de modo geral, não tem muita diferença não.”	

	71. E10: “E aí como está todo mundo cansado, só vai acumulando tarefas, a gente vai perdendo direito, é que nem as meninas da enfermagem estão frustradas, que é aquele, ganha ou não ganha? Então está todo mundo frustrado, a gente continua o nosso trabalho porque a gente tem que pagar conta, porque gosta, mas assim essa parte de levantar a bandeirinha do SUS a gente tá um pouquinho cansado, a gente vai perdendo profissionais, porque a nível municipal a gente teve várias perdas, então essas coisinhas vão desestimulando.”	
	72. OP1: P2 Fala sobre dificuldade de acompanhamento dos casos devido à falta de recursos humanos na rede de atenção;	Recursos/recursos materiais
	73. OP1: A1 diz: “acho difícil essa periodicidade de consulta” e passa a relatar sobre a falta de profissionais em sua equipe da ESF durante discussão acerca de supervisão da adesão à terapia medicamentosa.	
	74. OP1: Durante discussão de caso com indícios de processo de demência senil A2 relata que encaminhamento já foi feito para o neurologista porém há uma demora muito grande no atendimento, o que dificuldade a continuidade de tratamento do caso.	
	75. OP1: P2 soma à discussão e relata o quanto a lacuna entre a demanda e a concretização da assistência freia a continuidade dos projetos terapêuticos.	
	76. OP1: A2 relata falta de psiquiatra no território... “O município patina na questão psiquiátrica...” tudo depende do Dr X.” Entre falas que espelham a dificuldade de resolutividade dos casos frente a essa barreira, cita caso em Santa Casa, onde trabalhou no passado, em que paciente ficou dias na unidade sem manejo adequado, internado em um leito com uma espécie de “jaula”.	
	77. OP1: P1 fala sobre como o déficit da assistência psiquiátrica no território é um buraco crônico, discorre sobre a falta de retaguarda especializada para casos de urgência/emergência.	
	78. OP1: Profissionais relatam diversas tentativas de acessar os serviços especializados mas há constante sentimento de limitação frente à estrutura do serviço, território e recursos humanos, falta profissionais para encaminhamentos específicos quando necessário.	
	79. OP2: P1 inicia o diálogo falando sobre obstáculos em vinda a reunião, referentes a falta de transporte e cita que está substituindo a presença de outra profissional da unidade de referência.	
	80. OP2: A1 concorda sobre importância do acolhimento e da escuta ativa, porém, pontua sobre angústia frente à falta de ofertas que podem ser feitas para os usuários e do quanto seria interessante para o caso em questão poder ofertar algo além dessas duas ferramentas.	
	81. OP2: A4 fala sobre positividade de vinda dos estagiários de psicologia da Universidade e intervenções, porém, relata dificuldades frente à pouca duração e consequente descontinuidade da	

	intervenção no serviço após saída dos alunos; A1 concorda e pontua fala da coordenadora da APS de que unidade deve dar continuidade após saída dos alunos mas que não há recursos para isso nos serviços;	
	82. OP2: A1 cita dificuldades em relação à encaminhamentos especializados aos adolescentes;	
	83. OP2: P1 concorda sobre discrepância entre demanda e oferta em casos de crianças/adolescentes, ressalta sobre o “limbo” na questão de atendimentos de adolescentes e crianças do município, sente que o CAC ocupa um papel obsoleto e cita exemplo em que não sabiam encaminhar uma criança em surto psicótico dentro da rede.	
	84. OP2: P1 Fala sobre a impossibilidade e dificuldades em misturar usuários adultos, e adolescente/infantil no CAPS II, na dificuldade de continuidade do cuidado frente às limitações do ambulatório e da positividade que viria da implementação de um CAPSi no território.	
	85. OP2: P1 ressalta percepção sobre o aumento das demandas em saúde mental e estacionamento do orçamento;	
	86. OP2: A5 fala sobre gap de atendimento psicológico no SUS do município [se referindo ao ambulatório] e suas consequências para o prognóstico de casos de ansiedade e depressão entre jovens do território.	
	87. OP2: Profissionais se preocupam com a falta de ofertas terapêuticas para os jovens e crianças, frente a um aumento significativo desse público, anseiam pela construção de novos equipamentos como CAPSi; apontam para papel obsoleto do CAC;	
	88. OP2: Profissionais se queixam sobre não ter ofertas para oferecer ao usuário: alta demanda do ambulatório, atendimentos extremamente espaçados;	
	89. OE1: Durante discussão de caso, P4 conta ida ao domicílio que constava nos registros do prontuário com P6 porém não encontram a usuária, familiares, ou vizinhos que tinham conhecimento sobre sua localização/situação. Relata que na tentativa de articulação com a UBS para auxílio em encontrá-la, a unidade relatou falta de vínculo e desconhecimento de sua situação; conversam entre si sobre a dificuldade que tiveram em ir até o local, pelas vulnerabilidades e desconhecimento do território e concordam sobre a falta que sentiram de uma profissional mediador como o agente comunitário de saúde, que a unidade básica de referência do território não possui;	
	90. OE1: Equipe introduz discussão de caso de usuária que teve episódios de crise por consequência de falta de medicação apropriada e de elaboração de ofício denunciando a situação para a secretaria.;	
	91. OE2: Profissionais relatam dificuldades no acompanhamento de alguns casos frente à ausência de transporte oferecido pela prefeitura;	
	92. OP3: Grupo sinaliza coletivamente pessimismo sobre “celinha” atual que configura o leito	

	psiquiátrico da santa casa;	
	93. OP3: Grupo acena para precarização dos leitos/retaguarda da atenção terciária	
	94. OP2: P1 pontua sobre positividade/importância da descentralização do cuidado e ressalta poréns de limites de ofertas da unidade,	
	95. OP4: P1 discorre sobre dificuldades em vagas uma vez que só se tornam ociosas com óbitos dos atuais residentes (referente à asilos da região)	
	96. OE1: P1 fala sobre falta de profissionais nos serviços, que não acompanham o aumento da demanda.	
	97. OE1: P1 fala sobre aumento da demanda da unidade e de como a solicitação de relatórios desse cenário é difícil uma vez que os registros dos usuários são subjetivos e que não há um “padrão”.	cultura/clima organizacional, pressão social
	98. OE1: P1 traz à tona discussão em torno da ausência do matriciamento na UBS e propõe a elaboração de proposta para implementação do apoio matricial nas UBs. relata que inicialmente a pessoa que é coordenadora da UBS se mostrava favorável à implementação, porém, após assumir o cargo, passou a negar sua possibilidade.;	
	99. OE1: Profissionais relatam que apesar de toda essa mobilização [internação de um usuário com questões clínicas na atenção terciária], o encaminhamento não foi resolutivo (como sempre) e que deu errado por conta da cultura da atenção terciária que permitiu que o usuário evadiu se da instituição;	
	100.OBSEC2: Profissionais apresentam queixas coletivas em relação à atuação do ambulatório e articulação com o serviço	
	101.OP3: Durante discussão em torno de prescrição médica [hipermedicalização]com os profissionais do CAPS, A1 cita que tentou o mesmo movimento com o ambulatório, porém, não foi bem recebida.	
	102.OP3: P1 discorre sobre afastamento da Santa Casa da rede e dificuldade de continuidade durante a após encaminhamentos. Cita casos frequentes de evasão de pacientes encaminhados e falta de responsabilização do serviço	
	103.OP4: AI Discorre sobre dificuldades de adesão do usuário e de casos semelhantes ao CAPS AD por estigmas do serviço	
	104.OP4: ENF1 relata caso em que usuário saiu do UPA para o AME e do intervalo entre a TS (que aconteceu em setembro) e da consulta que foi agendada para novembro, após alta na UPA;	
	105.OP4: ENF1 relata percepção de medicalização intensa em casos de saúde mental. P1 complementa com percepção de como, às vezes, a medicalização do caso é a única oferta do serviço devido a alta demanda e superlotação.	
	106.OP4: A1 fala sobre descontinuidade de encaminhamento em atendimento psicológico (AME), P1 complementa fala sobre possibilidade de estratégias e tecnologias leves como grupos terapêutico que estão em falta, fala como o AME não tem grupo e de como em alguns casos seria até	

	melhor do que o atendimento individual espaçado que é realizado atualmente; 107.OP4: P1 discorre sobre necessidade de estruturação mas também de mais comunicação entre a equipe, aponta para falta de feedbacks entre a rede, falta de reunião de equipe, falta de apropriação da ESF de elementos do apoio matricial como interconsultas, por exemplo 108.OP4: P1 cita dificuldades com UBS em adesão ao apoio matricial/falta de acs 109.OPI4: Perspectiva generalizada de aumento de demanda pós pandemia e 0 planejamento da gestão para o mesmo; 110.OPI4: Dificuldade de continuidade dos casos das UB's = 0 adesão ao apoio matricial/ausência de agentes comunitários de saúde	
	Motivação - Papel Profissional/ Social	Desfecho
Facilitadores	1. E1- ... é... então eu vi a capacitação mostrando o quanto... é... eu não posso falar assim: “ah, eu trabalho na prefeitura atendendo crianças com queixas de fonoaudiologia” muitas vezes a gente atende uma demanda muito além disso.” 2. E2: “Pra mim é bom [a capacitação] porque aí você percebe que a minha maneira de trabalhar é “todo mundo segue um todo” então não tem saúde, educação e ação social, tudo é pra ser, todo mundo é a prefeitura, então eu gosto desse tipo de vínculo com toda a rede. 3. E2: “Trouxe com relação a eu ter apoio e certeza que a gente tem que trabalhar entre rede, que a gente pode acolher em qualquer lugar e que se alguém falar que a gente tá errado em fazer isso é a pessoa que tá errada.” 4. E7: “Sim, claro, eu como profissional da saúde, eu preciso estar atenta a tudo, não só a carteira de vacina, não só aquela pessoa que toma remédio contínuo para hipertensão e diabetes, não só aquele paciente que está acompanhado mensal, eu preciso ver se aquela mãe que saiu agora do pós-parto se ela está bem mentalmente para cuidar da criança, eu preciso ver aquela pessoa que está passando por um divórcio...” 5. E7: “Muitas famílias não têm rede de apoio nenhuma, às vezes nem mesmo a criança com que aconteceu as coisas tem, então a gente tem que ter um olhar mais crítico para esse tipo de coisa, não adianta você falar ah, tipo assim, passa batido.” 6. E8: “da importância das coisas que foram apontadas porque eu vejo muito que antes era muito no, por mais que às vezes a gente pensava que tinham coisas a serem feitas, era uma coisa muito individual, era uma avaliação muito individual, quando você tem a coisa dos dados, registros e tal, não tem como fugir daquilo e aí cada componente da equipe vai entender ali a sua atribuição.”	identidade de grupo, papel profissional , confiança profissional e identidade social

	7. E8: “olha, a gente queria investigar isso mas não tinha registro” então a gente mudou, começou a cobrar mais de que tivesse informações de registro em prontuário, as informações de enfermagem, em relação a identificar algumas demandas do usuário na parte clínica então, assim, teve várias ações que as pessoas se apropriaram enquanto na prática e continua assim até hoje, então, eu acho que isso é uma coisa que rolou.	
	8. E8: “Eu acho que teve muitas coisas que impactaram muito, principalmente nos CAPS, da parte da pesquisa, antes de se ter a coisa pronta mas assim, os dados iniciais, não estou nem falando dos dados pós-intervenção, já foi suficiente pra tirar daquela zona de conforto porque você vivenciou situações e aí não tinha como não fazer nada com aquilo na sua frente.”	
	9. OP2: Profissional enfermeira reconhece seu papel de referência à usuária em discussão de caso apesar de não se sentir “especializada” demonstra entendimento no quanto o momento de acolhimento é importante;	
Barreiras	1. E3: “e também saber qual é o nosso papel enquanto possíveis matriciadores, digo possível porque hoje em dia eu não vejo no meu dia a dia eu sendo esse apoio matricial no CAC ou no ambulatório por ser algo mais clínico, entende?”	identidade de grupo, papel profissional , confiança profissional e identidade social
	2. E4: “aí transfere o problema para saúde da família, para o clínico, para o UPA? Não existe isso, aí eu sou contra. Aí chega, já falei demais.”	
	3. E6: “A nossa equipe é muito pequena, e a gente não tem um profissional capacitado nesse aspecto, né? Voltado para saúde mental, nós temos o geral né, nós temos o clínico geral, a enfermeira que cuida dos tratamentos gerais, a gente tem a técnica que cuida dos tratamentos gerais mas nada específico, né?”	
	4. E6: “Não, dependendo da situação, tem alguns pacientes, por exemplo, de CAPS, que estão melhores e voltam para a unidade como paciente nosso, ou por exemplo, tem algum paciente que tem atendimento de psicólogo e daí eles precisam de saber de alguém da família, aí eles entram em contato com a gente, a gente vai com as agentes comunitárias para tentar localizar a família desses pacientes, porque, querendo ou não, eles ainda são nossos pacientes, eles não estão passando pela unidade mas não deixam de ser nossos pacientes.”	
	5. E7: “Não acolhe, tipo, quantas vezes a gente já não recebeu aqui falando tipo “ai, fulano é da área de tal ACS, aí liga pra cá e fala ‘viu, você vai atrás de fulano pra mim? eu sou do CAPS aqui e eu preciso saber se ele tá tomando o medicamento” Pô, se ele está em tratamento com você, você tem carro próprio, vai atrás do paciente cara, ai eu vou chegar lá, o cara nunca me falou que tomava medicamento controlado porque ele quer esconder essa parte, procurou ajuda já direto com vocês aí eu vou lá invadir a privacidade dele e perguntar sobre uma coisa que ele não me contou por vontade própria,	

	vou quebrar totalmente o vínculo com essa pessoa porque você está com preguiça de fazer o seu trabalho? É meio que isso, entendeu?	
6.	E8: “e aqui na cidade, por exemplo, a apropriação da saúde mental pelos profissionais ela é uma coisa cultural complicada assim né, porque, por exemplo, a gente hoje, trabalha uma coisa cultural assim de que a saúde mental ela não se restringe ao local onde está o psiquiatra, a saúde mental é na atenção básica, é no serviço de urgência e emergência mesmo que não está lá o psiquiatra, não é o psicólogo e tal, então assim, a gente tem essa dificuldade, né?”	
7.	E10: “Mas meu papel como profissional da saúde é orientar a importância sobre e falar sobre como funciona, entendeu? Então eu acho que é essas coisas, que muitas vezes na rotina as meninas acabam ficando cansadas e focando em poucas coisas. Eu continuo levantando a bandeira do SUS, tá difícil mas eu continuo levantando.”	
8.	OP1: A1 relata: “como enfermeira, eu me sinto ameaçada porque não reconhecem (usuários) o enfermeiro como um facilitador e sim como uma barreira no serviço (para chegar à uma consulta médica)”	barreiras profissionais, identidade profissional
9.	OP1: Profissionais discutem sobre predominância dos usuários que chegam à unidade com o objetivo exclusivo de passar com o profissional médico e recusa/ desvalorização dos demais profissionais da equipe;	
10.	OP4: Coordenação do CAPS expõe sentimento de que adesão parece atrelada a aspectos pessoais da equipe e membros “chaves” que impulsionam participação e proatividade em resolução de casos;	
11.	OP1: A2 relata sobre vinda dos estagiários do curso de psicologia ao serviço e da percepção de que ter um manejo desses profissionais disponível na equipe seria bom, diz que como enfermeira “só sabe” ver sinais vitais e clínicos, que seu emocional também não está bem então como seria capaz de escutar alguém?	identidade de grupo, papel profissional, confiança profissional e identidade social
12.	OP1: A2 expressa mágoa durante rotina com usuários e ressalta estereótipo de barreira incorporado aos profissionais da enfermagem que são visualizados “guardiões dos portões” pensando no alcance de atendimento com o profissional médico;	
13.	OP1: Profissionais (sobretudo equipe de enf) demonstram não reconhecer o manejo com o usuário como seu papel ou dentro de sua capacidade e sim do profissional psicólogo ou psiquiatra;	
14.	OE1: P1 fala sobre normalização do acontecimento pela unidade (UPA) e falta de responsabilização pelo hospital; fala sobre estratégia de orientar familiares a denunciarem o caso para o Ministério Público;	

	15. OE1: Equipe discute sobre perpetuação de estigmas relacionados a papéis e capacidade resolutiva de casos/demandas de saúde mental, concentrados nos papéis de psicólogos e psiquiatras.	
	16. OPI: Pouca participação do grupo como um todo (mesmos profissionais durante toda a discussão)	
	17. OPI: Nenhum profissional dos 4 que participaram da capacitação do grupo se manifestou nas discussões de estratégias;	
	18. OP4: P1 questiona a única equipe de referência presente na reunião (que deveria contemplar três equipes) se eles acham que não há aderência dos outros serviços à reunião por não acontecer fisicamente nas respectivas unidades. Profissionais discutem sobre proximidade das unidades e estratégia de notificação à coordenação sobre baixa adesão.	
	19. OP4: A1 mexe no celular, não participa da discussão	
	20. OP I: A6 atende o telefone em meio a discussão	
	21. OP4: Adesão nula de 2 das 3 equipes de referência do apoio em questão, apesar da proximidade espacial entre as unidades	
	22. OP4: Falta de apropriação e crença no espaço: reconhecimento dos profissionais da ESF dos seus respectivos objetivos naquele espaço;	
	23. OP4: Comunicação em rede parece atrelada a profissionais chaves e não aos serviços como um todo;	
	24. OP3: Perpetuação de estigmas relacionados a papéis e capacidade resolutiva de casos/demandas de saúde mental, concentrados nos papéis de psicólogos e psiquiatras.	
	1. Motivação - Crença Sobre Capacidades	Desfecho
Facilitadores	2. E2: “Com relação à minha maneira de trabalhar me deu um pouco de gás de saber que eu não estou tão errada de ficar fazendo esse tipo de vínculo, né?”	autoestima, empoderamento
	3. E2: “Eu acho que me deu [a capacitação] um pouco mais de base, segurança e apoio para que a gente possa estar atendendo a pessoa como um todo. Então, eu percebo que consigo me sentir mais tranquila de fazer o que eu queria fazer e parecia que eu estava me intrometendo nos outros serviços, né? Então assim, com isso me deixou mais tranquila.”	
	4. E2: “Não me trouxe uma nova maneira de agir mas me trouxe uma segurança de que eu podia fazer o que eu queria fazer então assim, pra mim, foi muito bom.”	
	5. E6: “Eu acredito que depois disso (capacitação) melhorou bastante, eu me sinto mais capaz de conversar com as pessoas nessa situação.”	
	6. E7: “Eu acho que foi nos tipos e pergunta que a gente faz para o pessoal agora, a gente pega uma situação e a gente tenta fazer perguntas que vão direcionando a pessoa ao invés de ficar vago do tipo, “cê tá bem?” a pessoa responde “tô” não, hoje a gente chega e fala assim: “e aquela situação lá, foi	

	resolvida? O que que foi feito?” “ah, foi falei com tal pessoa...” “tá, falou com tal pessoa, mas e aí, o que foi resolvido?” Então a gente acaba direcionando melhor para o que a gente quer receber de devolutiva, antes eles te deixam, tipo assim, eu deixava muito vago.”	
	7. E7: “E é isso tipo, você chegava na casa da pessoa sabendo que ela não estava bem e a pergunta sempre era “oi, tudo bem fulano?” “não, tudo bem”. E aí você tocava a visita né, “então, o posto lá tem vacina de tal a tal horário, tem agenda aberta pra tal dia, já fez seu Papanicolau?” Ai já começava as perguntas de rotina, hoje não, hoje a gente já não chega perguntando se está tudo bem, a gente chega perguntando sobre a situação, entendeu?”	
	8. E8: “Mas serviu pra pensar nisso porque assim, alguém de fora te apontando coisas que talvez eram passadas, então serviu pra deixar o povo um pouco descontente e exigente do que seria a maneira ideal para atuar.”	
	9. E9: “Tive o privilégio de estar fazendo [a capacitação], então isso me deu uma segurança maior, me fortaleceu mais e tenho a intenção de fazer todas as capacitações para que a gente possa fazer e para que a gente possa somar, fortalecer essa equipe.”	
	10. E9: “a capacitação ela veio me abrir na forma de ver esses pacientes e na forma de abordar, ter um entendimento, muitas vezes, a gente fica incapaz de entender aquele diálogo, quando você não tem uma ideia dos CID’S, uma ideia de todos aqueles transtornos, então, pra mim, ficou assim, me deu o fortalecimento pra continuar porque era algo muito diferente do que eu já tinha visto até esse momento”	
	11. E9: “Eu me sinto mais fortalecida, eu tenho que aprender muito ainda, eu acho que ainda estou engatinhando, ainda estou segurando na borda da mesa e você ampliar, a gente sabe que são perfis, às vezes tem perfil de profissional que não vai estar adequado para esse tipo de trabalho, então, a gente também precisa perceber isso e o profissional também tem que perceber isso porque, senão, fica uma coisa pela metade, você não consegue dar o seu melhor, você pode não ser a melhor, mas você tem que dar o seu melhor, então eu acho que pra mim foi aprendizado, eu acho que ainda preciso de muitas mais informações, não tem esse “feeling”, essa percepção ainda, porque tem momentos que ainda dá bastante insegurança, eu vou ser sincera, para algumas situações que muitas vezes a gente é real dentro desse atendimento que nós fazemos, eu ainda preciso fazer um avanço maior sobre isso, mas eu estou feliz, pra mim é uma soma, toda a minha experiência é uma soma.”	
	12. E9: “Essa visão que a gente tem do tratamento mesmo, do acolhimento, de tudo que a gente pode avançar e fazer em relação ao paciente com transtornos mentais, pelo menos, isso foi bastante significativo pra mim, em todos os aspectos, nos aspectos de superação de uma série de coisas, da	

	minha própria fragilidade de conviver com essa situação, o quanto a gente tem que amadurecer e do quanto a gente tem que nos fortalecer emocionalmente também e preparar mesmo para lidar com esses pacientes”	
	13. E9: “A comunicação entre as redes eu já cheguei a fazer várias, né, ligar para a UBS pra gente fazer esse intercâmbio e essa autonomia porque eles dão essa autonomia pra gente então isso melhorou e me deu um pouco mais de segurança, pela capacitação, de estar mais leve para falar sobre isso e inclusive pedir esse diálogo, a gente tem sim.”	
	14. E9: “Eu acho que pra mim foi bastante fluído, eu me sinto mais solta, a gente só tem segurança de falar quando você detém conhecimento, você só vai se sentir segura pra falar, pra pedir ou pra fazer essa interlocução aí quando você detém o conhecimento mínimo necessário e nos causa essa insegurança, a gente fica até com medo de falar, tá falando besteira, então eu acho que nesse sentido, pra mim foi muito bom, eu senti uma mudança e um olhar ampliado o suficiente pra, naquele momento, da ideia que eu tinha do trabalho efetivo da saúde mental, então a capacitação pra mim foi bem positiva.”	
	15. E10: “Então a capacitação foi isso, de trazer a importância do nosso trabalho, de valorizar o nosso trabalho porque quando você começa a trabalhar em grupo você vê que tudo que a gente faz não é pouco, porque às vezes aqui, a gente tem muito a sensação de insuficiência, sabe?”	
	16. E10: “A enfermeira traz, a gente tenta levar pra frente mas não consegue, sabe? E aí a gente percebe que não é só com a gente, não é só a gente que acaba ficando inútil com o paciente, que é um problema geral. achei que a capacitação foi isso, ajudou a gente a entender mais a questão do município.”	
	17. E10: “Mas, o curso, pra mim que participei, é isso, é renovar um pouquinho sobre a parte teórica que às vezes a gente acaba sendo engolido pelo dia a dia, porque é isso, pra mim foi isso, é uma renovação da parte teórica, do nosso trabalho, da importância do SUS, mesmo a atual gestão querendo dismantelar tudo a gente sabe que eles são passageiros, a gente não, então eu acho que foi isso, foi reforçar a parte teórica da importância do SUS que é algo tão novo e que a gente consegue fazer tanta coisa.”	
	18. E10: “Eu participo das reuniões de matriciamento então eu tenho plena autonomia para passar os casos, tem gente que fica inibida, tipo ah fulano é o coordenador, eu não, fulano é o coordenador? Então ele tem que resolver o problema, eu não tenho nenhum problema disso, então a gente leva, liga, eu não tenho problema não.”	
	19. OP2: Profissionais da ESF se mostram empoderados em relação a capacidade de exercer um acolhimento humanizado/escuta ativa e qualificada ao usuário em saúde mental;	autoestima, empoderamento

Barreiras	1. E1: Não dá pra fazer isso no meu horário de trabalho aqui, né? precisaria assim, falar assim, atende só de manhã e a tarde resolve só o que você tem que resolver, então talvez assim daria, é muita coisa e a gente acaba às vezes... não é ignorando a palavra... mas não pegando problema também que você até poderia tentar resolver e ajudar a resolver, envolver mais pessoas mas também depende da disponibilidade e do querer da outra pessoa, né?”	autoestima, empoderamento
	2. E1- “se você acha que você dá conta de resolver isso, então você pode resolver” então eu tenho essa liberdade de “pode falar com quem você precisar falar”, mas é tudo, não vou liberar sua agenda pra você resolver isso, então dê conta de tudo ao mesmo tempo, aí fica difícil.”	
	3. E1 “mas quando a gente vai trazer para a prática a gente vê os entraves que o serviço impõe contra a gente. Então tem isso, ainda, eu não sou do município, então deu meu horário de trabalho e eu preciso ir embora e eu preciso mesmo assim, ir buscar criança na escola. Não tem como falar assim “ah então eu fico mais meia horinha” não, não tem como, não tem jeito. Então é mais nesse sentido assim. Ao mesmo tempo que eles proporcionaram o curso... é aquilo que eu disse pra você: a gente não tem perna e eles também não emprestam uma bicicleta pra gente... é isso que eu quero dizer, sabe?”	
	4. E3: “eu atendo um atrás do outro, se a pessoa não falta não tem tempo pra nada, que nem agora, eu pude estar aqui nesse momento fazendo a entrevista com você. Então do CAC é muito difícil dizer, a gente não tem esse contato [com a rede], pelo menos eu não tenho.”	
	5. E1: “Eu acho que assim, enquanto papel ele poderia ter crescido, não crescido... eu digo assim, a gente vê que a gente tem um papel muito importante em toda essa ligação com as outras secretarias, mas eu também percebi assim que não dá “pra ter perna” pra isso, né? Não existe perna. Porque se você fala assim: “ah é uma criança, eu dou conta” só que daí chega uma por dia, mais ou menos eu atendo aí em média 10 crianças por dia, e a gente vê que o negócio começa a ter uma proporção muito grande, né? Então se eu tiver 30 crianças para dar a mesma atenção eu não consigo, né?”	
	6. E4: “a “ah, a gente vai capacitar os profissionais do postinho, da saúde, para dar conta dessa demanda, para eles saberem lidar.” Eu, ao meu ver não é assim, a gente vai detectar o problema, eu não posso ficar com esse problema, eu não vou dar conta desse problema, medicar qualquer clínico no hospital medica mas e o cuidado? Entendeu?”	
	7. E4: “O conhecimento para nós é grande, é válido, só que não adianta eu ter o conhecimento e não ter ferramentas para exercer o meu conhecimento, não adianta eu pegar o conhecimento e ficar pra mim.”	
	8. E4: “a gente ganha conhecimento, toda a capacitação a gente vai aprender e vai ganhar conhecimento, ponto, para mim é um ganho. Mas	

	não adianta eu ter tanto conhecimento e não ter onde exercer esse conhecimento.”	
	9. E4: “Eu acho assim, para nós vai ajudar assim a gente entender que não está nas nossas mãos, a solução, muitas vezes está na mão do paciente, da família, só que quando essa família não dá conta ela precisa de um suporte, só que a equipe de saúde da família não vai mais dar conta desse suporte mais, não tem como dar mais. Porque os próprios profissionais também já não estão aguentando mais, entendeu?”	
	10. E4: “É que tudo que a gente discute, que a gente fala, que a gente aprende, a gente sabe que vai ficar com a gente. Vai ficar, não vai ser levado pra frente, eu tenho certeza que não é só eu que estou dizendo isso, mas vão ter medo até de expor, você me entende?”	
	11. OP1: Profissionais da AB demonstram uma falta de empoderamento e de segurança para manejar os usuários e demandas em saúde mental, sobretudo a equipe de enfermagem, que se demonstra taxada enquanto profissionais que barram as vontades dos usuários nos serviços, gerando frustrações e os colocando em vulnerabilidade e passíveis de agressão.;	autoestima, empoderamento
	12. P2: A1 relata o quanto se esforça, que não se sente empoderada como gostaria para exercer esse papel [se referindo sobretudo a sua condição de não ser uma profissional especializada] mas que faz o que consegue naquele momento e vê a importância em acolher a usuária em questão;	
	13. OP3: A1 se demonstra frustrada, sem perspectiva de resolução e diz que como enfermeira, sentiu que foi agressiva com o usuário frente à situação que considera muito complexa e pede por auxílio de psicólogos, sugerindo que sua abordagem seria mais apropriada.	
	14. OP2: De forma generalizada entre o grupo, há perspectiva de resolutividade reduzida uma vez que não há continuidade do cuidado fora dessa escuta/acolhimento; demonstram frustração e desmotivação frente a esse cenário;	
	15. OE1: Profissionais demonstram falta de perspectiva de resolução em relação à articulação e manejo adequado nesses serviços e apelo para processos de judicialização desses casos/relatório para instâncias maiores: secretária de saúde;	
	16. OE2: Demonstração coletiva de extrema desmotivação e frustração entre os profissionais, necessidade de contatar instâncias superiores, não visualizam outra alternativa, mas ao mesmo tempo, porém se vêm limitados como profissionais no sentido de perderem seu cargo;	
	Motivação - Crença Sobre Consequências	Desfecho
Facilitadores	1. E5: “Mas eu acredito que pra quem não tinha bagagem acrescentou bastante. As falas eram boas, que apresentaram, eu achei que foi muito bom.”	expectativas de resultados, características das expectativas de resultados, recompensas (não
	2. E5: “A única coisa que eu achei que foi muito bacana foi a abertura para a rede básica que eu acho	

	que é a atenção primária que é importante estarem sabendo como, pra gente ter essa ponte né, antes a gente tinha essa dificuldade.”	valorizado/improvável)
	3. E6: “Ah sim, ajuda, eu acredito que toda reunião ajuda sim, porque assim, dependendo das pessoas que estiverem na reunião, as pessoas se abrem mais, então isso ajuda.”	
	4. E6: “Que nem eu te falei, dos grupos, voltando grupos, eu acho que grupos ajudaria muito, pra qualquer situação, não só de paciente de CAPS ou de psicólogo, mas pra qualquer situação eu acredito que grupo sempre faz uma grande diferença, porque assim, por causa da pandemia as pessoas ficaram mentalmente diferentes, essa é a percepção que eu tenho, então a maioria das pessoas ficaram mais internas, sabe? Mais só elas porque ficou muito tempo dentro de casa, até tem aqueles que querem sair mas saem e não sabem pra onde vai, as pessoas inclusive, que tiveram covid, estão com esses probleminhas mentais também, né? De esquecer as coisas e eu acredito que grupos façam a diferença, pra gente que é unidade de saúde, a gente faz o grupo, a gente tá orientando o paciente, essa orientação, por menor que seja, que ele consiga absorver uma palavra, pra gente já é gratificante, porque ele participou do grupo. Então eu acredito que isso faça uma grande diferença.”	
	5. E6: “Eu acredito que se outras pessoas pudessem participar também é válido, porque assim, conhecimento nunca é demais e a gente poder aprender e poder ensinar é melhor ainda, porque aprende e ficar pra gente não é bom mas aprender e poder ensinar a gente pode tá falando a mesma língua, então isso seria muito bom.”	
	6. OP2: Momento do apoio matricial soa potente e resolutivo, profissionais parecem satisfeitos após encontro;	
	7. OP2: Reconhecem potência do apoio matricial e visualizam maiores resoluções quando esse dispositivo existe no território;	expectativas de resultados, características das expectativas de resultados, recompensas (não valorizado/improvável)
	8. OP3: Grupo parece satisfeito com a resolutividade e acontecimento do apoio matricial	
	9. OP1: Ao abordar a possibilidade de uso do espaço para atividades de educação permanente a receptividade é positiva pelos profissionais da AB	
	1. E3: “A questão por exemplo de colocar a profissão da pessoa que eu sei que tava sendo proposto, a parte de ensino, estudo, coisa que faltava sabe, nos prontuários ou procura perguntar e colocar até na parte de cima, que mais, algumas coisas assim que com certeza que vi que é importante de certa forma, de muitas formas, né? Pra quando vai pesquisar e fazer levantamento.”	expectativas de resultados, características das expectativas de resultados, recompensas (não valorizado/improvável)
Barreiras	2. E4: “Não, não. Porque não mudou. Os problemas são os mesmos, estão aparecendo pacientes novos.”	
	3. E4: “Eu acredito que essa capacitação ela veio para os profissionais aprenderem a lidar com essa parte, você entendeu? Só que não adianta só isso, não é só isso que vai ajudar os profissionais”	

	4. E4: “Então você pode me entupir de capacitação, se o principal não tiver esse olhar, esse conhecimento vai ficar comigo, eu não vou conseguir exercer ele.”	
	5. E5: “Eu achei que pra mim não acrescentou nada (se referindo à capacitação) porque eu já tenho uma bagagem né?”	
	6. E7: “não acho legal fazer duas equipes (apoio matricial) que não tem nada a ver junto, eu acho que o CAPS deveria vir na nossa unidade, falar sobre os nossos pacientes, não que a gente se desloque para lá, para falar sobre os pacientes deles junto com os nossos.	
	7. E7: “Eu acho que não é viável juntar equipe não (apoio matricial) porque o que acontece lá em cima é totalmente diferente do que acontece aqui embaixo, o que acontece no Ipê é totalmente diferente do que acontece aqui, o que acontece no Colina é totalmente diferente do que acontece aqui e são polos totalmente diferentes, pessoas com quadros totalmente diferentes, clinicamente falando, de saúde mental.”	
	8. E7: “Tem benefício (compartilhamento de casos) quando é da sua equipe, por exemplo, se eles viessem aqui falar sobre os casos do San Fran II, não todo mundo junto lá em uma hora, duas, três horas que fale, eu acho que é muito pouco tempo para você falar, tem uns pacientes pesadíssimos aqui, entendeu?”	
	9. E7: “mas tipo, eu acho que deveria ser cada uma no seu quadradinho ali, entendeu? (apoio matricial) Não acho que tinha que juntar todo mundo não.”	
	10. E8: “eu acho que teve uma série de problemas que juntos, colocaram a capacitação em um patamar talvez de efetividade que foi diferente da parte propriamente da pesquisa”	
	11. E8: “Eu acho que a gente tem que considerar os parâmetros da rede, quando eu penso muito em capacitação, eu penso muito em treinamento, quando a gente tem essas características da rede que ela é uma rotação muito grande de profissionais, uma coisa que fica clara é que é uma coisa que tem que ser permanente, porque esse profissional não vai estar aqui amanhã e terá que ser um outro profissional e a gente tem que estar sempre articulando alguma coisa”	
	12. E10: “A busca ativa de eles saírem de lá e virem no território para fazer visita em conjunto, resolver problemas em conjunto, são pouquíssimos casos e aí frustra, entendeu? Esse trabalho em rede, eu sei o que o CAPS pode fazer porque eu tenho conhecimento mas as meninas (AC's) às vezes acabam não sabendo, né? Porque só vê o dia a dia e se frustra por conta disso, e aí um serviço que é tão bom, às vezes aqui, acaba sendo visto como ruim.”	
	13. E10: “Sim sim, a gente faz essas reuniões (apoio matricial), que a gente faz, geralmente ninguém quer ir, geralmente vai enfermeiro, eu vou, só não vou quando ah tipo, tem algum compromisso e não posso ir, geralmente é muito difícil achar alguém que queira ir, porquê? Você leva os problemas, leva	

	os pacientes, você discute sobre e não tem resolutividade.”	expectativas de resultados, características das expectativas de resultados, recompensas (não valorizado/improvável)
	14. E10: "Aí vai chegar e fazer uma capacitação, então no meio desse tumulto muitas pessoas não querem e acabam perdendo o conteúdo maravilhoso, porque eu lembro que quando foi proposto não foram todas que quiseram, a maioria não quis saber."	
	15. OP1: A1 questiona se realmente não há a possibilidade de separar as equipes durante os apoios (realizar uma reunião individual para cada equipe) pois cada equipe tem muitos casos e em uma reunião compartilhada não há tempo hábil para discutir todos os casos do território;	
	16. OP1: Frente à fala de que o apoio matricial tem um caráter de aprendizado coletivo, A1 diz: "Ok, porém discordo, acho que era mais produtivo quando era só para casos..." se referindo à época do NASF;	
	17. OP1: Somando à discussão acerca de perspectivas em torno do apoio matricial A1 diz: "Claro que ouvindo a discussão de outros casos, consigo refletir sobre os nossos mas gera uma angústia de não conseguir resolver individualmente.";	
	18. OP1: Profissionais da atenção básica concordam coletivamente que seriam mais beneficiados por discussões individuais de equipes, pois há um sentimento generalizado de mágoa e frustração por não ter tempo hábil de discutir cada um, associado à falta de resolutividade concreta;	
	19. OP1: Profissionais da atenção básica não reconhecem a potencialidade do olhar biopsicossocial para resolução de casos/demandas e expressam necessidade de diagnóstico/lógica biomédica para sentimento de resolutividade;	
	20. OP1: Profissionais da atenção básica demonstram apego à lógica de discussão de caso durante os encontros	
	21. OP3: "Falta de reconhecimento de olhar biopsicossocial para resolução de casos/demandas, necessidade de diagnóstico/lógica biomédica para sentimento de resolutividade."	
	Reforço	Desfecho
Facilitadores	1. OP2: P1 disponibiliza formulários de encaminhamentos para a equipe, solicitados pela coordenadora;	Reforço
	2. OP3: P1 coloca que caso não apresenta complexidade que configure um encaminhamento para o CAPS mas ressalta importância de discussão em torno dele;	
	3. OP1- Durante as apresentações no início da reunião, P1 explica o objetivo das reuniões de apoio matricial, ressaltando seu caráter pedagógico e coletivo, aproveita o momento para demonstrar a ficha de encaminhamentos para a atenção especializada em saúde mental. Explica a importância do preenchimento da ficha para auxílio e melhor abordagem no acolhimento quando o usuário chega no CAPS: "é importante que esse	

	formulário seja o mais detalhado possível... esse usuário tem família, tem renda?...Lê cada item da ficha, explicando sua importância e dá exemplo de caso que acompanha em outra ESF com usuária que já teve início com terapia medicamentosa em uso de Sertralina e está acompanhando seus efeitos antes de encaminhar ao psiquiatra.;	
--	--	--