

**ANA SUZETE BAESSA MONIZ**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: BARREIRAS QUE  
ENFRENTAM AS PESSOAS CABOVERDIANAS COM TRANSTORNOS  
MENTAIS E SUAS FAMÍLIAS**

**RIO GRANDE/RS  
BRASIL**

**2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: BARREIRAS QUE  
ENFRENTAM AS PESSOAS CABOVERDIANAS COM TRANSTORNOS  
MENTAIS E SUAS FAMÍLIAS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e Saúde - Linha de pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/saúde a Indivíduos e Grupos Sociais

**ORIENTADORA: PROF. DR<sup>a</sup> MARA REGINA SANTOS DA SILVA**

**COORIENTADORA: PROF. DR<sup>a</sup> FRANCISCA SUASSUNA DE MELLO  
FREYRE MONTEIRO**

**RIO GRANDE/RS  
BRASIL**

**2022**

## FICHA CATALOGRÁFICA

M744

MONIZ, Ana Suzete Baessa.

Saúde mental na atenção primária: barreiras que enfrentam as pessoas caboverdianas com transtornos mentais e suas famílias. – 2022.

127 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2022.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva

1. Saúde Mental – Atenção Primária em Saúde. 2. Direitos. 3.

Enfermagem – Equipe Multidisciplinar. I. MONIZ, Ana Suzete Baessa.

II. Título

CDD – 353.6

Xapecó (SC). I. Battestin, Cláudia. II. Título.

**ANA SUZETE BAESSA MONIZ**

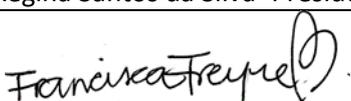
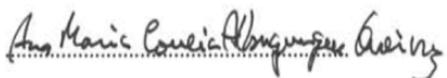
**Saúde Mental na Atenção Primária: barreiras que enfrentam as famílias e as pessoas  
cabo-verdianas com transtornos mentais**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em (11/04/22), atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Prof.ª Dr.ª Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dra. Mara Regina Santos da Silva- Presidente (FURG)
 Dra. Francisca Suassuna N. F. Monteiro- Coorientadora (UNICV)
 Dra. Marta Regina Cezar-Vaz- Efetivo (FURG)
 Dr. Alessandro Marques dos Santos- Efetivo (FURG)
 Dra. Francisca Lucélia Ribeiro de Farias- Efetivo (UNIFOR)
 Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira- Suplente (FURG)
 Dra. Ana Maria C. Albuquerque Queiroz- Suplente (ESSE de Coimbra)

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a **Deus**, pela oportunidade de realizar os meus estudos no Brasil Mestrado e Doutorado e por todas as bênçãos até hoje, Gratidão!!*

*Agradeço à minha **Querida Orientadora Professora Doutora Mara Regina dos Santos** que com todo seu conhecimento, paciência e gentileza me ajudaram na elaboração desse trabalho, pela troca de saberes e vivências durante a jornada. Todo meu reconhecimento e Gratidão!*

*Agradeço a **banca examinadora**, pelas valiosas contribuições que aprimoraram o trabalho.*

*Agradeço a todos os **docentes Do Programa da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande**, pelo acolhimento e pelos momentos de partilha de conhecimentos.*

*Agradeço a minha família, **ao meu pai, minha querida mãe, meu filho, minhas irmãs** que me apoiaram em todo o momento mesmo estando distantes e **ao meu esposo Gilvan Vitor dos Santos**.*

*Agradeço às colegas que se tornaram amigos muito especiais, **Ariana Barradas, Daniela Fortes, Jessica Fagundes, Glaucia Nicola, Leticia Marques e Jeferson Ventura** pela amizade, companhia quando estive no Brasil e pelo apoio.*

*Agradeço a todos os **profissionais da Atenção Primária (Centros de Saúde)** da cidade da Praia que participaram do estudo e ao enfermeiro **Damilton Rodrigues**, chefe do serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto, pelo apoio.*

*Agradeço à todos os **irmãos da Igreja Adventista do 7 dia central do Rio Grande do Sul**, pela forma como me acolheram desde que cheguei no Brasil e por todo apoio, carinho e amizade.*

*A **CAPES** pelo apoio financeiro, durante o tempo de estudo no Brasil.*

*Agradeço a **Dona Angelina e esposo** pelo acolhimento e cuidado!*

***Gratidão a Todos!!!***

## RESUMO

**MONIZ, Ana Suzete Baessa. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: barreiras que enfrentam as pessoas caboverdianas com transtornos mentais e suas famílias, 2022. 127f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós- graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS.**

A integração de saúde mental na Atenção Primária à Saúde é uma estratégia fundamental, necessária para prestação de cuidado integral à pessoa com transtorno mental e seus familiares, consistindo em atividades de prevenção, promoção da saúde, intervenção precoce e reabilitação. Este estudo defende a tese: “A compreensão acerca das barreiras que limitam a assistência integral e resolutiva às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, nos serviços de Atenção Primária à Saúde é pré-condição para desencadear um processo de revisão e reorganização da assistência prestada e, assim, avançar em direção a preservação dos direitos dessas pessoas, dos princípios organizativos e da integração da saúde mental nesses serviços”. Uma estrutura teórica formada pelos princípios universalidade, equidade e integralidade é o referencial que orienta o desenvolvimento deste estudo, cujo objetivo geral é: Aprofundar a compreensão acerca do processo de integração da assistência em saúde mental nos serviços de Atenção Primária em Saúde, na ilha de Santiago-Praia, em Cabo Verde, África, tendo como balizadores teóricos os princípios que regem o Serviço Nacional de Saúde do país. Como objetivos específicos: (1) Identificar nos documentos institucionais os princípios e as diretrizes que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a rede de Atenção Primária em Saúde, em Cabo Verde/África; (2) Identificar as ações que prioritariamente são desenvolvidas por profissionais que trabalham em serviços da APS de Cabo Verde/África com pessoas acometidas de transtorno mental e seus familiares; (3) Apreender, com base no discurso dos profissionais, a finalidade das ações desenvolvidas com as pessoas acometidas de transtorno mental e suas famílias; (4) Conhecer a percepção dos profissionais sobre os princípios e as diretrizes que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a rede de Atenção Primária em Saúde; (5) Mapear as barreiras que, do ponto de vista dos profissionais, dificultam a integração das pessoas com transtorno mentais nos serviços de Atenção Primária à Saúde em Santiago, Cabo Verde/África. Estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa que aborda a assistência em saúde mental, desenvolvida nos serviços de saúde da Atenção Primária direcionadas às pessoas com transtorno mental e a seus familiares, na ilha de Santiago em Cabo Verde/África. Para responder o objetivo específico 1, foram consultados os documentos oficiais que orientam a organização das práticas e dos serviços da Rede de Atenção primária, em Cabo Verde. Para os objetivos específicos 2, 3, 4 e 5 foram coletados dados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com as equipes dos cinco Centros de Saúde integrados neste estudo, os quais foram submetidos à Análise de Conteúdo. O estudo recebeu aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde do Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde. Os resultados evidenciaram que os princípios e as diretrizes que constam nos documentos cabo-verdianos oficiais, direcionados à prestação de cuidados das pessoas com transtornos mentais estão alinhados com os objetivos estabelecidos em âmbito nacional, regional e mundial. Os discursos analisados mostram que o participante do estudo tem clareza a respeito dos princípios universais de saúde, mas não reconhecem a aplicabilidade destes na Atenção Primária à Saúde com as pessoas com transtorno mental. Consideram, também, que os serviços de atenção primária não são locais apropriados para atendimento deste tipo de transtorno. As principais ações

desenvolvidas pelos profissionais no atendimento às pessoas com transtornos mentais nos serviços de Atenção Primária à Saúde são: acolhimento, orientação aos familiares e encaminhamento para profissionais que trabalham na área de saúde mental. Nestas situações, a finalidade dessas ações é predominantemente desvencilhar-se desses pacientes. Outras ações como a escuta ativa e o diálogo com pacientes e familiares são também realizadas, mas estas têm a finalidade de estabelecer o vínculo com esses pacientes. Por outro lado, evidenciou-se que mesmo tendo um Centro de Saúde implantado na maioria das regiões da cidade, nas áreas de abrangência respectivas de cada um desses Centros é elevado o número de pacientes que realizaram em 2019, consultas no serviço de psiquiatria o qual ainda funciona nos moldes tradicionais. As barreiras que dificultam a integração das pessoas com transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde foram organizadas em três agrupamentos: barreiras macro contextuais; barreiras no âmbito do serviço; e barreiras no âmbito dos profissionais. Concluiu-se que o processo de integração da saúde mental nos serviços Atenção Primária à Saúde, no contexto onde este estudo foi desenvolvido, ainda é incipiente, se comparado com outros países. A evolução desse processo depende de maior investimento na capacitação dos profissionais; da divulgação e aplicação das diretrizes estabelecidas nos oficiais; da mudança de atitudes no atendimento das pessoas com transtornos mentais nesses serviços. Além disso, depende do rompimento com os próprios preconceitos dos profissionais e gestores com as pessoas com transtornos mentais para que se possa prestar um atendimento integral à esses pacientes.

**Descritores:** Saúde Mental. Atenção primária à saúde. Direitos Humanos. Equipe Multidisciplinar

## ABSTRACT

**MONIZ, Ana Suzete Baessa. Mental Health in Primary Care: barriers faced by Cape Verdean people with mental disorders and their families, 2022. 127f.** Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, RS, Brazil.

Mental health integration in Primary Health Care is a fundamental strategy necessary to provide comprehensive care to the people with mental disorders and their families, consisting of prevention activities, health promotion, early intervention, and rehabilitation. This study defends the thesis: "The understanding about the barriers that limit the comprehensive and the resolute assistance to people with mental disorders, and their families in Primary Health Care services, is a precondition to trigger a process of review and reorganization of the assistance provided and thus move towards the preservation of the rights of these people, the organizational principles and the integration of mental health in these services." A theoretical framework formed by the principles of universality, equity, and integrality is the framework that guides the development of this study, whose general objective is: To deepen the understanding of the process of integration of mental health care in Primary Health Care services on the island of Santiago-Praia, Cape Verde, Africa, using as theoretical beacons the principles that govern the National Health Service of the country. As specific objectives: (1) To identify in the institutional documents the principles and guidelines that guide the professional practices and the organization of the services that make up the Primary Health Care Network in Cape Verde/Africa; (2) Identify the actions mainly developed by professionals working in PHC services in Cape Verde/Africa with people with mental disorders and their families; (3) Apprehend, based on the professionals' discourse, the purpose of the actions developed with people with mental disorders and their families; (4) To know the perception of professionals on the principles and guidelines that guide the professional practices and the organization of services that integrate the Primary Health Care network; (5) To map the barriers that, from the professionals' point of view, hinder the integration of people with mental disorders in Primary Health Care services in Santiago, Cape Verde/Africa. This is an exploratory, descriptive, qualitative study that addresses mental health care developed in primary care services for people with mental disorders and their families on the island of Santiago, Cape Verde, Africa. To answer specific objective 1, the official documents that guide the organization of the practices and services of the Primary Care Network in Cape Verde were consulted. For particular objectives 2, 3, 4, and 5, data were collected through semi-structured interviews with the teams of the five Health Centers that were integrated into this study and submitted to Content Analysis. The study received approval from the National Health Research Ethics Committee of the Ministry of Health and Social Security of Cape Verde. The results showed that the principles and guidelines contained in the official Cape Verdean documents, directed to the provision of care for people with mental disorders, are aligned with the objectives established at national, regional, and global levels. The analyzed speeches show that the study participants are aware of the universal health principles, but do not recognize their applicability in Primary Health Care for people with mental disorders.

They also consider that, primary care services are not appropriate places for the treatment of this type of disorder. The main actions developed by professionals in the care of people with mental disorders in Primary Health Care services are: intake, guidance to family members and referral to professionals who work in the mental health area. In these situations, the purpose of these actions is predominantly to get rid of these patients. Other actions such as active listening and dialogue with patients and family members are also performed, but these are intended to establish bond with these patients. On the other hand, it was evidenced that even though there is a Health Center implemented in most regions of the city, in the respective coverage areas of each one of these Centers, the number of patients who, in 2019, had consultations in the psychiatric service, which still operates in traditional pattern, is high. The barriers that hinder the integration of people with mental disorders in Primary Health Care were organized into three groupings: macrocontextual barriers; barriers within the service; and barriers within the professionals. It was concluded that the process of mental health integration in Primary Health Care services, in the context where this study was developed, is still incipient, if compared to other countries. The evolution of this process depends on greater investment in the training of professionals; the dissemination and application of the guidelines established in the official ones; the change of attitudes in the care of people with mental disorders in these services. In addition, it depends on breaking down the biases of professionals and managers toward people with mental disorders in order to provide comprehensive care for these patients.

**Keywords:** Mental Health. Primary Health Care. Human rights. Multidisciplinary Team

## RESUMEN

**MONIZ, Ana Suzete Baessa. La salud mental en la atención primaria: barreras a las que se enfrentan los caboverdianos con trastornos mentales y sus familias, 2022. 127f.** Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

La integración de la salud mental en la Atención Primaria es una estrategia fundamental, necesaria para proporcionar una atención integral a las personas con trastornos mentales y a sus familias, que consiste en actividades de prevención, promoción de la salud, intervención precoz y rehabilitación. Este estudio defiende la tesis: "La comprensión sobre las barreras que limitan la asistencia integral y resolutive a las personas con trastornos mentales y sus familias en los servicios de Atención Primaria es una condición previa para desencadenar un proceso de revisión y reorganización de la asistencia prestada y así avanzar hacia la preservación de los derechos de estas personas, los principios organizativos y la integración de la salud mental en estos servicios". Un marco teórico formado por los principios de universalidad, equidad e integralidad es la referencia que orienta el desarrollo de este estudio, cuyo objetivo general es: Profundizar en la comprensión del proceso de integración de los cuidados de salud mental en los servicios de Atención Primaria de Salud de la isla de Santiago-Praia, Cabo Verde, África, utilizando como guías teóricas los principios que rigen el Servicio Nacional de Salud del país. Como objetivos específicos: (1) Identificar en los documentos institucionales los principios y directrices que guían las prácticas profesionales y la organización de los servicios que integran la red de Atención Primaria de Salud en Cabo Verde/África; (2) Identificar las acciones que desarrollan principalmente los profesionales que trabajan en los servicios de APS en Cabo Verde/África con las personas con trastornos mentales y sus familias; (3) Aprehender, a partir del discurso de los profesionales, la finalidad de las acciones desarrolladas con las personas con trastornos mentales y sus familias; (4) Conocer la percepción de los profesionales sobre los principios y directrices que orientan las prácticas profesionales y la organización de los servicios que integran la red de Atención Primaria de Salud; (5) Mapear las barreras que, desde el punto de vista de los profesionales, dificultan la integración de las personas con trastornos mentales en los servicios de Atención Primaria de Salud en Santiago, Cabo Verde/África. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo que aborda la atención a la salud mental desarrollada en los servicios de atención primaria para personas con trastornos mentales y sus familias en la isla de Santiago, Cabo Verde, África. Para responder al objetivo específico 1, se consultaron los documentos oficiales que guían la organización de las consultas y servicios de la Red de Atención Primaria de Cabo Verde. Para los objetivos específicos 2, 3, 4 y 5, los datos se recogieron a través de entrevistas semiestructuradas con los equipos de los cinco Centros de Salud incluidos en este estudio, que se sometieron a Análisis de Contenido. El estudio fue aprobado por el Comité Nacional de Ética en Investigación Sanitaria del Ministerio de Salud y Seguridad Social de Cabo Verde. Los resultados mostraron que los principios y directrices contenidos en los documentos oficiales de Cabo Verde, dirigidos a la prestación de atención a las personas con trastornos mentales están alineados con los objetivos establecidos a nivel nacional, regional y mundial. Los discursos

analizados muestran que los participantes en el estudio tienen un conocimiento claro de los principios sanitarios universales, pero no reconocen su aplicabilidad en la Atención Primaria a las personas con trastornos mentales. Los resultados mostraron que los principios y directrices contenidos en los documentos oficiales de Cabo Verde, dirigidos a la prestación de atención a las personas con trastornos mentales están alineados con los objetivos establecidos a nivel nacional, regional y mundial. Los discursos analizados muestran que los participantes en el estudio tienen claros los principios sanitarios universales, pero no reconocen su aplicabilidad en la Atención Primaria a las personas con trastornos mentales. También consideran que los servicios de atención primaria no son espacios adecuados para la atención de este tipo de trastornos. Las principales acciones desarrolladas por los profesionales en la atención a las personas con trastornos mentales en los servicios de Atención Primaria son: la acogida, la orientación a los familiares y la derivación a los profesionales que trabajan en el área de la salud mental. En estas situaciones, el propósito de estas acciones es predominantemente desentumecer a estos pacientes. También se llevan a cabo otras acciones como la escucha activa y el diálogo con los pacientes y los familiares, pero éstas están destinadas a establecer el vínculo con estos pacientes. Por otro lado, se evidenció que aún teniendo un Centro de Salud implementado en la mayoría de las regiones de la ciudad, en las respectivas áreas de cobertura de cada uno de estos Centros, es alto el número de pacientes que tuvieron consultas en el servicio de psiquiatría en el año 2019, que aún funciona de manera tradicional. Las barreras que dificultan la integración de las personas con trastornos mentales en la Atención Primaria se organizaron en tres grupos: barreras macrocontextuales, barreras dentro del servicio y barreras dentro de los profesionales. Se concluyó que el proceso de integración de la salud mental en los servicios de Atención Primaria de Salud, en el contexto donde se desarrolló este estudio, es aún incipiente, si se compara con otros países. La evolución de este proceso depende de una mayor inversión en la formación de los profesionales; la difusión y aplicación de las directrices establecidas en el oficial; el cambio de actitudes en la atención a las personas con trastornos mentales en estos servicios. Además, depende de que se rompan los propios prejuicios de los profesionales y gestores con las personas con trastornos mentales para poder ofrecer una atención integral a estos pacientes.

**Palavras Clave:** Salud mental. Atención primaria de salud. Derechos. Equipo multidisciplinar

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ACD-** Associação Cabo-verdiana de Deficientes

**APS-** Atenção Primária em Saúde

**BAD-** Banco Africano de Desenvolvimento

**CRPD-** Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

**CNDHC-** Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania

**CS-** Centro de Saúde

**DUDH -** Declaração Universal do Direitos Humanos

**DSP -** Delegacia de Saúde da Praia

**HAN-** Hospital Agostinho Neto

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**ONU -** Organização das Nações Unidas

**MGMH-** Movement for Global Mental Health

**PENSM-** Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental

**PNADHC-** Plano Nacional da Ação para os Direitos Humanos e a Cidadania

**PNDS-** Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

**PNS-** Plano Nacional de Saúde

**RNDH -** Relatório Nacional de Direitos Humanos

**TCLE-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Mapa de Cabo Verde/África.....	49
Figura 2 - Ilha de Santiago Cabo Verde/África.....	50
Figura 3 - Mapeamento dos bairros da cidade da Praia-Ilha de Santiago – Cabo Verde.....	52
Figura 4 - Modelo esquemático do artigo I.....	58
Figura 5- Modelo esquemático do artigo II.....	59
Figura 6 - Modelo esquemático do artigo III.....	60

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Consultas realizadas nos Centros saúde da cidade da Praia.....	53
---------------------------------------------------------------------------	----

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	188
<b>OBJETIVOS GERAL</b> .....	25
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b> .....	25
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	26
<b>2.1</b> Direitos da Pessoa com Transtorno Mental.....	26
<b>2.2</b> As pessoas com transtorno mental e seus direitos à Saúde em Cabo Verde.....	29
<b>2.3</b> A Saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS).....	32
<b>2.4</b> Experiências de integração da saúde mental na Atenção Primária em diferentes países .....	35
<b>2.5</b> Barreiras e Estratégias para integração da Saúde Mental na Atenção Primárias em Saúde. ....	39
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	42
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	48
<b>4.1</b> Tipo de estudo .....	48
<b>4.2</b> Cenário do Estudo .....	48
<b>4.3</b> Fonte de dados .....	53
<b>4.3.1</b> Objetivo Específico 1.....	53
<b>4.3.2</b> Objetivos específicos 2,3,4 e 5 .....	53
<b>4.4</b> Coleta de Dados .....	54
<b>4.5</b> Análise e Tratamento dos Dados.....	55
<b>4.6</b> Aspectos éticos .....	57
<b>5. RESULTADOS</b> .....	58
<b>5.1</b> Síntese dos princípios e diretrizes estabelecidos nos documentos oficiais.....	61
<b>5.2</b> Caracterização dos participantes dos estudos.....	63
<b>5.3</b> Artigo 1- Ações de saúde mental desenvolvidas nos serviços atenção primária à saúde caboverdiana: princípios e finalidades.....	64
<b>5.4</b> Artigo 2- Percepções da equipe multiprofissional acerca dos princípios Universais de saúde na atenção à saúde mental.....	76
<b>5.5</b> Artigo 3-Barreiras para o atendimento da demanda em saúde mental na atenção primária em saúde.....	90
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	1100
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	1122
<b>APÊNDICES</b> .....	1211
APÊNDICE - A .....	122
APÊNDICE- B .....	124
APÊNDICE- C .....	126

## **APRESENTAÇÃO**

Esta tese de doutoramento foi desenvolvida na continuidade de uma dissertação concluída em 2017, no Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, a qual abordava os problemas enfrentados pelas famílias caboverdianas, após a alta hospitalar dos pacientes, do serviço de psiquiatria existente na ilha de Santiago, em Cabo Verde/África.

Na ocasião, foram ouvidos os familiares de pessoas diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental, com o propósito de identificar as necessidades e os desafios que enfrentam no processo de reinserção familiar e comunitária.

Os resultados apontaram como desafios mais proeminentes o desconhecimento acerca da doença mental, principalmente com relação aos sinais e sintomas da doença; a dificuldade das famílias para manter o familiar em casa após a alta hospitalar, agravada pelo fato dele passar a maior parte do tempo na rua, onde o acesso às bebidas alcoólicas e outras drogas é facilitado; a sobrecarga física e emocional dos familiares, especialmente do principal cuidador; as dificuldades para identificar e mobilizar as potencialidades da pessoa com transtorno mental; e a insuficiência de serviços na comunidade para atender as especificidades que as pessoas com transtornos mentais requerem.

A fragilidade em termos de apoio às pessoas com transtorno mental na Rede de Atenção Primária à Saúde leva as famílias a utilizarem, nas situações de crise, a polícia nacional que, habitualmente, remove a pessoa para o serviço de urgência do hospital geral local, onde é avaliada pelo psiquiatra do setor de urgência e encaminhada ao serviço de psiquiatria hospitalar existente na ilha, caracterizando um ciclo de reinternações.

Depois de permanecer algum tempo internada, essa pessoa recebe alta hospitalar e reinicia o enfrentamento dos desafios mais impactantes para as famílias cabo-verdianas que, na maioria das vezes, sentem-se sozinhas para cuidarem do seu familiar doente.

Esses resultados evidenciaram que as dificuldades que as pessoas enfrentam estão associadas a inúmeros fatores de ordem econômica, política, social e cultural, particularmente, os estigmas sociais em relação à doença mental e, por consequência, a violação dos direitos dessas pessoas. São situações em que as famílias se deparam com a exclusão e a desigualdade em termos de acesso às esferas sociais e institucionais. São, portanto, famílias cujos direitos não estão plenamente garantidos.

Segundo as Nações Unidas (2015), os direitos humanos consistem em um conjunto de direitos considerado indispensável para uma vida humana pautada na liberdade, igualdade e dignidade. São os direitos inalienáveis de todas as pessoas, em todos os momentos e em todos os lugares do mundo. Enfim, de todas as pessoas, de todas as cores, de todas as raças e grupos étnico; cidadãos ou migrantes; não importando o sexo, a classe, a religião, a idade ou a orientação sexual

A violação de direitos humanos das pessoas que sofrem de transtornos mentais tem sido uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto no seio familiar, quanto dentro das instituições de saúde e na comunidade. Diariamente essas pessoas e suas famílias convivem com o desrespeito à sua liberdade básica, a negação dos seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, com manifestações de estigma, medo, assédio, raiva, desprezo, exclusão e rejeição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

É a partir desse ponto que se desenvolve esta tese de doutoramento, que aborda questões relacionadas aos direitos relativos a saúde e as barreiras enfrentadas pelas pessoas com transtornos mentais e seus familiares em Cabo Verde/África, mais especificamente, na ilha de Santiago. O propósito principal é contribuir para uma maior conscientização acerca da importância do respeito aos direitos à saúde das pessoas com transtorno mental e seus familiares. E, ao mesmo tempo, contribuir para que a reflexão sobre os problemas enfrentados por essas pessoas e suas famílias possa ser inserida no cotidiano dos serviços de saúde do meu país.

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde mental, em Cabo Verde, tem um histórico caracterizado por duas fases, antes e depois da independência nacional. Antes da Independência, em 1975, a assistência era tipo asilar, as pessoas com transtornos mentais eram tratadas por um médico clínico geral, ficavam sob os cuidados de dois enfermeiros e alguns serventes, em uma enfermaria no hospital central, Hospital Agostinho Neto (HAN). De dois em dois anos, deslocava-se de Portugal um psiquiatra para avaliação dos doentes, pois não havia no país qualquer enquadramento de profissionais qualificados, ou com formação específica na área de saúde mental. Após a independência, ocorreram mudanças em relação à assistência às pessoas com transtornos mentais que passaram a ser assistidas por um médico psiquiatra fixo no serviço, houve a introdução de novos psicofármacos e a capacitação dos profissionais que cuidavam dos doentes na enfermaria (CABO VERDE, 2020)

Em 1976, foi elaborada pelo governo a 1ª Estratégia Nacional de Saúde, com novas orientações para assistência à pessoa com transtorno mental, incluindo a criação de um Centro de Psiquiatria Comunitária, na localidade de Trindade, o qual foi equipado no âmbito do Projeto de Desenvolvimento Sanitário financiado pelo Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) e pelo Governo de Cabo Verde. A construção desse centro foi concluída entre 1990, mas só entrou em funcionamento em 2003, quando a enfermaria psiquiátrica do HAN foi transferida para esse Centro, que funciona até hoje com a denominação Serviço de Psiquiatria Extensão do Hospital Central, Hospital Doutor Agostinho Neto (HAN-Extensão Trindade) (CABO VERDE, 2020)

Desde então, a assistência às pessoas com transtorno mental é desenvolvida nesse contexto, com pouco investimento aplicado, o que dificulta para assegurar os direitos dessas pessoas, principalmente no que diz respeito à saúde. Em 2009, o Ministério da Saúde de Cabo Verde aprovou o Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (PENSM), com o intuito de garantir sua implementação e sustentabilidade e integrou este Plano no orçamento anual da saúde em geral. Entretanto, esse orçamento não foi suficiente para responder as demandas setoriais gerais e nem mesmo para a implementação do Plano, o que repercutiu diretamente na assistência das famílias que têm um de seus membros com transtorno mental.

É importante destacar que, ao longo dos últimos anos, inúmeros esforços foram realizados em Cabo Verde com o propósito de introduzir melhorias na assistência às pessoas com transtornos mentais. Porém, embora essas melhorias ainda não tenham sido atingidas

plenamente, os esforços foram valiosos, principalmente porque foram manifestações de determinadas entidades, como associações, para reverter a situação. Diante disso, justifica-se examinar nesta tese questões relacionadas às barreiras que dificultam às famílias e às pessoas com transtornos mentais usufruírem de uma assistência resolutiva à saúde, em três principais esferas: o Estado, a Sociedade e os Profissionais de saúde.

O Estado tem a responsabilidade de criar as condições necessárias para o acesso universal dos cidadãos e, no caso deste estudo, da pessoa com transtorno mental aos cuidados de saúde. Sendo assim, torna-se indispensável um sistema de saúde acessível à população, de forma a garantir a saúde e o bem-estar de forma equitativa e integral. Assumir essa responsabilidade por parte do Estado implica a formulação e implementação de políticas públicas, econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde da população. Políticas que sejam capazes de integrar os princípios universais: universalidade, equidade e integralidade (OMS, 2013).

Os princípios universais supracitados são referidos na Constituição do Estado de Cabo Verde, em seu artigo 71, quando proclama que "Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição econômica" (CABO VERDE. Constituição da República, 2010, p.59). A saúde de uma pessoa, ou de uma família, está indissociavelmente ligada a um conjunto amplo e complexo de fatores que inclui educação, políticas públicas, serviços de saúde, direitos e deveres do Estado, da família, da própria pessoa, dos serviços e dos profissionais, entre outros. Não se trata apenas de ausência de doença, mas do reconhecimento das diferenças individuais e contextuais que geram demandas particularizadas e das desigualdades que, de forma cada vez mais acentuada, atingem um contingente significativo da população ao redor do mundo e, particularmente, das famílias cabo-verdianas que convivem com a doença mental em um de seus membros.

Em 2009, o Governo cabo-verdiano elaborou o Plano Estratégico Nacional de Saúde Mental (PENSM) para o período 2009-2013, tendo como uma de suas diretrizes assegurar o acesso equitativo aos cuidados de saúde mental, integrando-o no conjunto de cuidados secundários a serem prestados a nível regional e, também, na rede de Atenção Primária em Saúde. O PENSM previa que, até o ano de 2013, todos as pessoas com transtornos mentais tivessem acesso a profissionais especializados e a tratamento específico. De acordo com as metas estabelecidas, 70% dos profissionais de saúde das estruturas sanitárias seriam capacitadas no domínio da saúde mental, para que todas as pessoas com transtorno mentais tivessem acesso a cuidados médicos psiquiátricos e a outros profissionais especializados na área de saúde

mental. Apesar da existência desse Plano, a assistência às pessoas com transtornos mentais em Cabo Verde não reflete o planejado. O Plano não foi implementado na sua totalidade, porque nunca foi aprovado um orçamento pelo Estado para a sua implementação.

O Relatório Estatístico de 2017, sobre a saúde em Cabo Verde, elaborado pelo Ministério da Saúde, apontou que os transtornos mentais estão entre as principais causas de internamento em um dos principais hospitais do país, o Hospital Agostinho Neto (HAN). Em 2016, foi constatado que os transtornos mentais e comportamentais foram a quinta causa de internamento no serviço de psiquiatria, com 396 internações, sendo 124 homens e 272 mulheres. No ano de 2017, os transtornos mentais e comportamentais mantiveram-se na mesma posição, porém o número de internações aumentou para 455, sendo 326 homens e 129 mulheres, totalizando nos dois anos 851 internamentos. Quanto à taxa de ocupação, em 2016, o Serviço de Psiquiatria - Extensão Trindade - ocupava o segundo lugar, com 92%, em 2017, estava na terceira posição com 85% em comparação a outros serviços. Em relação ao tempo médio de internação, em 2016, foram 36 dias, em 2017, diminuiu para 32 dias. Destaca-se, entretanto, que, nesses dois anos, houve um aumento no número de dias de permanência, quando comparado a outros serviços do HAN (CABO VERDE, 2018).

Esses dados sugerem que o investimento realizado pelo Estado para a saúde mental não foi suficiente, uma vez que aumentou o número de internamentos e de permanência no serviço de psiquiatria do HAN. Essa realidade tem acarretado muitos gastos ao estado, além das repercussões negativas na vida das pessoas com transtornos mentais, das famílias e dos profissionais de saúde. São repercussões que justificam a necessidade de maior investimento na área da saúde mental, de forma a diminuir os custos e os impactos negativos em todas as esferas de vida dessas pessoas, seus familiares e dos profissionais de saúde que trabalham nesse serviço.

No entanto, vale salientar que, em 15 de fevereiro de 2011, Cabo Verde ratificou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovada em 2007, pela Nações Unidas, destinado a proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência, dos quais fazem parte as pessoas com transtornos mentais. O país passou, então, a integrar a lista dos “Estados Partes” da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assumindo, com isso, o compromisso de promover a qualidade de vida dessas pessoas e de estimular a sua inclusão social, (CNDHD, 2017). Em 2013, aprovou a lei do Internamento Compulsivo, Lei n37/VIII/2013, que enuncia especificamente os direitos das pessoas com transtornos mentais, enfatizando que os cuidados a essas pessoas devem ser realizados de modo a assegurar o pleno exercício de seus direitos de cidadão, caracterizado pelo tratamento humanitário e respeitoso,

sem discriminação.

A Comissão Nacional para os Direitos Humanos em Cabo Verde, através do Plano Nacional da Ação para os Direitos Humanos e a Cidadania (PNADHC, 2018), tem trabalhado em parceria com os poderes políticos e organizações da sociedade civil e, ainda, com o apoio dos órgãos internacionais como a ONU, para garantir o respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais. Nesta perspectiva, constatamos que a garantia dos direitos à saúde da pessoa com transtorno mental, em Cabo Verde, exige a comunhão de esforços entre sociedade e o poder público. Faz-se necessário a inclusão nas políticas públicas, legislações e, também, o desenvolvimento de ações institucionais que garanta acesso a serviços e ações resolutivas às pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

Na esfera da sociedade cabo-verdiana, desde a muito tempo, são fortes as crenças e mitos em relação a doença mental. No estudo epidemiológico, realizado em 1989, os autores, afirmaram que a maioria dos pacientes com transtornos mentais não compareciam às consultas psiquiátrica e que parte dessas pessoas recorriam à medicina tradicional e às religiões. Isso devido a forte crença existente no seio da população relacionando a doença mental aos fenômenos sobrenaturais. Nos primeiros momentos que a pessoa manifestava sinais e sintomas de alterações de comportamento, os familiares recorriam aos centros espirituais, igrejas, curandeiros, pois atribuem a doença ao castigo, “mal feitos” ou “mau-olhado”. Em geral, é somente quando esgotam esses recursos que as famílias recorrem aos serviços de saúde.

Depois de confirmado o diagnóstico médico, as famílias, na maioria das vezes, tendem a isolar a pessoa com transtorno mental em casa, evidenciando o forte estigma social. Com o passar do tempo, os familiares acabam se distanciando, ficando o cuidado sobre a responsabilidade dos mais próximos, geralmente a mãe, ou irmã. Sobre esses, em consequência, recai uma sobrecarga emocional, física e econômica, levando-as a necessitar de ajuda da comunidade.

Habitualmente, a sociedade vê as pessoas com transtorno mental como diferentes, agressivas, violentas, marginais. Essa forma de percebê-las faz com que a sociedade as exclua, ficando o cuidar ao encargo das famílias e dos profissionais de saúde, principalmente em situações de crise. A pessoa com transtorno mental é vista como alguém que não tem um lugar na sociedade, o que tem contribuído para a violação dos seus direitos relacionados à saúde. Com isso podemos ver que a forma como a sociedade cabo-verdiana se relaciona com a doença mental é uma construção social marcada por fortes elementos culturais.

Nessa perspectiva, o estigma social acaba por influenciar ou regular a forma como se

organizam os serviços de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária, onde praticamente não são disponibilizados cuidados específicos às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, seja por problemas na organização dos serviços ou pelo reflexo dos estigmas sociais. Segundo Hall et al. (2019), o estigma social parece comprometer o acesso aos cuidados de saúde das pessoas com transtornos mentais, não apenas ao tratamento psiquiátrico, mas também ao tratamento físico, e isso tem provocado o aumento da morbidade e mortalidade das pessoas com transtornos mentais.

Atualmente, os serviços de saúde que prestam cuidados de saúde mental em funcionamento, em todo o país são o serviço de Psiquiatria Extensão Trindade, do Hospital Doutor Agostinho Neto- Praia; o Centro de Terapia Ocupacional, da Ribeira de Vinha, na ilha de São Vicente; a Enfermaria de Crise, do Departamento de Saúde Mental, do Hospital Baptista de Sousa, em São Vicente; e o Serviço de Saúde Mental, do Hospital Regional da Ribeira Grande, na ilha de Santo Antão, com uma prestação descentralizada possível de cuidados de saúde mental nas diversas Delegacias de Saúde (CABO VERDE, 2020).

Nos serviços de Saúde de todo o país, o número de profissionais é muito reduzido e, por extensão, na área da saúde mental, esta situação reproduz-se, agravada pela deficiência de capacitação específica destes. Há falta, ou insuficiência, de profissionais, como terapeutas ocupacionais, enfermeiros especializados, assistentes sociais, psiquiatras e psicólogos; falta de especialistas em várias áreas como psiquiatria, pedopsiquiatria ou psiquiatra da infância e adolescência, alcoolismo, psicologia. Atualmente, por todo o país, o Ministério de Saúde conta com 76 profissionais da área da Psiquiatria, sendo 7 médicos, 46 Psicólogos e 23 Assistentes Sociais (CABO VERDE, 2020).

Especificamente, em relação aos enfermeiros, existem somente três que são especialistas em saúde mental em todo o país, e destes somente um trabalha na área assistencial no serviço de psiquiatria. A maioria dos enfermeiros que trabalham nos serviços de psiquiatria não tem formação específica para cuidar das pessoas com transtornos mentais. Essa realidade condiz com as avaliações realizadas em nível mundial, as quais mostram que a alta prevalência de transtornos mentais está associada à escassez de serviços e profissionais especializados no âmbito da Atenção Primária em Saúde, o que configura um grave problema de saúde pública. Essa situação, sem dúvida, compromete a resolutividade das ações/serviços existentes e, também, os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade que gerem os Direitos Humanos, assim como a Constituição de Cabo Verde. Dessa forma, é prioritário e imprescindível o melhoramento dos serviços de saúde com base comunitária, com profissionais capacitados, uma vez que a taxa de pessoas que necessitam desses serviços, e que não são

tratadas, é muito elevada, sobretudo, nos países em desenvolvimento (OLIVEIRA et al, 2017), como é o caso de Cabo Verde.

Em Santiago, capital do país, constata-se que a assistência disponibilizada às pessoas com transtornos mentais é, ainda, predominantemente hospitalocêntrica e medicamentosa, concentrada em um serviço localizado em uma região distante 8 km do centro da cidade, onde não há transporte público, o que dificulta o acesso da população ao serviço. Além disso, nos Centros de Saúde existentes em Santiago com maior acessibilidade, observa-se que o estigma social em relação à doença mental é marcante, contribuindo para que a assistência prestada a essas pessoas não alcance resolutividade. Nesse contexto, após a alta hospitalar, as pessoas nem sempre encontram a possibilidade de realizarem um acompanhamento na comunidade, o que dificulta a continuidade dos cuidados. Além disso, os mecanismos de referência e contrarreferência entre as estruturas e serviços de saúde são deficientes; há falta de seguimento do paciente na comunidade, falta de articulação com os serviços de solidariedade social para apoio em casos de dificuldades.

Entretanto, um dos princípios que rege a legislação de Saúde Mental do país, no artigo 4º, da Lei Nº37VIII/2013 - linha a, enfatiza que a prestação de cuidados pelos serviços de saúde mental deve ser realizada prioritariamente, e sempre que possível, o mais próximo da comunidade, de forma a evitar o afastamento da pessoa com transtorno mental do seu meio habitual e facilitar a sua reabilitação e inserção social. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) destaca que a integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de assegurar que as pessoas com transtornos mentais e seus familiares tenham acesso aos cuidados quando necessitam, pois esses serviços encontram-se mais próximo de suas residências. Dessa forma, a pessoa tem a oportunidade de permanecer junto a seus familiares, mantendo suas atividades cotidianas. Além disso, evitam custos indiretos associados à procura de cuidados especializados em locais distantes que, na maioria das vezes, contribui para o abandono de tratamento. A OMS destaca, ainda, que cuidados prestados em nível primário minimizam o estigma, a discriminação e eliminam o risco das violações de direitos humanos.

Em parceria com pesquisadores do Movement for Global Mental Health (MGMH), a OMS afirma que, embora os serviços de saúde especializados em saúde mental sejam importantes, sozinhos eles não garantirão a integralidade da assistência inserida no contexto social dos pacientes com transtornos mentais. Argumentam em favor de um sistema de serviços com base comunitária e defendem a construção de uma rede efetiva de cuidados com um conjunto diversificado de serviços que inclua a Atenção Primária à Saúde Mental, por ser

um cuidado integral, econômico e de maior efetividade (OLIVEIRA et al, 2017). Para alcançar essa proposta nas comunidades cabo-verdiana, é preciso conhecer as reais necessidades dessas pessoas e suas famílias e conscientizar os profissionais de saúde e os gestores sobre a responsabilidade de cada segmento para inserir as famílias e as pessoas com transtornos mentais na Atenção Primária em Saúde.

Corroborando com Oliveira et al (2017), é preciso identificar as barreiras que dificultam ou impedem a implementação de recursos humanos, financeiros, políticos e a infraestrutura necessária nos serviços de saúde comunitários, para a integração dos cuidados de saúde mental na APS. E, além do Estado e da sociedade, não se pode esquecer que os profissionais da área da saúde também desempenham papel crucial nos cuidados das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, uma vez que independentemente da posição ou do serviço onde atuam, devem desenvolver uma assistência ética no seu campo de intervenção e promover práticas de cuidados sustentadas nos direitos preconizados à saúde.

O atendimento às pessoas com transtornos mentais exige sensibilidade, atenção, conhecimento e, sobretudo, preparo dos profissionais de forma a garantir um cuidado integral. É necessário implantar nos serviços de saúde uma equipe que trabalhe de forma interdisciplinar e intersectorial, sendo que o cuidado prestado não se limita apenas ao cumprimento dos protocolos e diretrizes. Alinhada com Constantinidis (2017), penso que o cuidado das pessoas com transtornos mentais deve ir além das burocracias do serviço.

Nesta etapa de minha formação profissional e com este estudo, espero compreender melhor como determinadas condições interferem na prestação de uma assistência integral em saúde mental e contribuir para a revisão e elaboração de programas e políticas públicas direcionadas às pessoas com transtorno mental, em meu país, Cabo Verde/África. Espero, também, que este estudo possa contribuir para difundir a importância da inclusão das pessoas com transtorno mental nos cuidados primários, como um meio de respeitar seus direitos a uma assistência resolutiva.

Com base nessas considerações, este estudo defende a seguinte tese:

*A compreensão acerca das barreiras que limitam a assistência integral e resolutiva às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, nos serviços de Atenção Primária à Saúde é pré-condição para desencadear um processo de revisão e reorganização da assistência prestada e, assim, avançar em direção à preservação dos direitos dessas pessoas, dos princípios organizativos e da integração da saúde mental nesses serviços.*

**OBJETIVO GERAL:**

Aprofundar a compreensão acerca do processo de integração da assistência em saúde mental nos serviços de Atenção Primária em Saúde, na ilha de Santiago-Praia, em Cabo Verde/África, tendo como balisadores teóricos os princípios e diretrizes que regem o Serviço Nacional de Saúde do país.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Identificar nos documentos institucionais os princípios e as diretrizes que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a rede de Atenção Primária em Saúde, em Cabo Verde/África;
2. Identificar as ações que prioritariamente são desenvolvidas por profissionais que trabalham em serviços da APS, de Cabo Verde/África, com pessoas acometidas de transtorno mental e suas famílias;
3. Apreender, com base no discurso dos profissionais, a finalidade das ações desenvolvidas com as pessoas acometidas de transtorno mental e suas famílias;
4. Conhecer a percepção dos profissionais sobre os princípios e diretrizes que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a rede de Atenção Primária em Saúde;
5. Mapear as barreiras que, do ponto de vista dos profissionais, dificultam a integração das pessoas com transtornos mentais nos serviços de Atenção Primária à Saúde, em Santiago, Cabo Verde/África.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Direitos da Pessoa com Transtorno Mental**

Os direitos humanos representam valores essenciais, com características fundamentais que integram os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade. Todas as pessoas têm garantido seus direitos estabelecidos na Declaração Universal do Direitos Humanos (DUDH), sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, nacionalidade, ou qualquer outra condição. Assim, também, as pessoas com transtornos mentais devem usufruir dos direitos fundamentais declarados e reconhecidos na DUDH, uma vez que o fato de terem um diagnóstico de transtorno mental não lhes suprime desses direitos (POREDDI, et al, 2013).

Em 1991, a Organização das Nações Unidas (ONU) tornou explícita essa posição através da proclamação dos Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e Melhoria de Cuidados de Saúde Mental, dando destaque aos cuidados na comunidade e aos direitos das pessoas com perturbações mentais (KELLY, 2016). Para além da declaração desses princípios, em 1991, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, definiu dez princípios básicos da lei de cuidados de saúde mental, assim explicitados:

- a) Todas as pessoas devem se beneficiar das melhores medidas possíveis para promover o seu bem-estar mental e prevenir distúrbios mentais;
- b) Todas as pessoas necessitadas devem ter acesso aos cuidados básicos de saúde mental;
- c) As avaliações de saúde mental devem ser realizadas de acordo com princípios e instrumentos médicos internacionalmente aceitos;
- d) Todas as pessoas com transtornos mentais devem receber cuidados de saúde, o menos restritivo possível;
- e) O consentimento é necessário antes de qualquer tipo de interferência que possa ocorrer a uma pessoa;
- f) Se um paciente tiver dificuldades para avaliar as implicações de uma decisão, embora não seja capaz de decidir, deve se beneficiar da assistência de um terceiro apropriado de sua escolha;

- g) Para as decisões que afetam a integridade ou a liberdade do paciente, com impacto duradouro, devem existir mecanismos automáticos de revisão periódica;
- h) Todos os decisores que atuem em funções oficiais ou de substituição devem ser qualificados para fazê-las;
- i) Todas as decisões devem ser tomadas de acordo com o conjunto de leis em vigor, na jurisdição envolvida e não de qualquer outra base, ou de uma base arbitrária.

Para garantir que esses princípios fossem cumpridos, em 2006 foi adotada pelas Nações Unidas a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD) que entrou em vigor em 2008, destinada a proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência. Essa convenção foi ratificada pela União Europeia em 2010 e, em 2015, por 156 países (STEINERT, et al., 2016). Entretanto, a doença mental não está necessariamente associada à deficiência, mas, sim, aos princípios gerais da CRPD que são completamente aplicáveis à situação das pessoas com transtornos mentais, bem como à outros tipos de deficiências (STEINERT, et al., 2016). As pessoas com deficiência incluem todos aqueles com déficit tanto físicos como mentais, intelectuais ou sensoriais, a longo prazo e que em interação com várias barreiras, podem apresentar dificuldade para usufruírem de uma participação plena e efetiva na sociedade, em comparação com outras pessoas (SZMUKLER; DAW; CALLARD, 2014).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência inicia com um preâmbulo, em que é citado os princípios proclamados na Carta das Nações Unidas que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana, como fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo, seguido de 50 artigos que enfatizam esses direitos em relação às pessoas com deficiência (NAÇÕES UNIDAS, 2008). A ideia geral da CRPD é a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade e nas comunidades, ela estabelece os principais direitos que os cidadãos com deficiência devem desfrutar em uma sociedade, tendo como objetivo fundamental a eliminação da discriminação, garantindo que seus direitos sejam respeitados assim como dos demais cidadãos (SZMUKLER; DAW; CALLARD, 2014).

Embora hoje existam direitos, legislações e discursos sobre o tratamento das pessoas com transtornos mentais em todo o mundo, é importante assinalar que, constantemente, esses direitos são violados e que a gravidade do abuso varia de uma cultura a outra, pois estão expostos a diferentes formas de abusos, com base em crenças locais, principalmente em países

com desenvolvimento médio (CARTHY; HULS, 2014). Estudos evidenciam que a violação dos direitos das pessoas com transtornos mentais tem maior predominância nos países de renda média e em países industrializados ocidentais, derivados de crenças e atitudes de estigmatização generalizada tanto dos profissionais de saúde como da sociedade. Nesses países, as pessoas com transtornos mentais sofrem exclusão e discriminação na comunidade; negação ou restrição de emprego; abuso físico ou sexual; dificuldade para acessar os serviços de saúde; detenção arbitrária; negação de oportunidades para formar uma família; falta de meios para viverem de forma independente e exploração de mão-de-obra e financeira (SZMUKLER; BACH, 2015).

Segundo a OMS, as pessoas com transtorno mental experimentam uma ampla gama de violações dos seus direitos como seres humanos e isso se constitui em uma emergência global em termos de saúde mental. Na maioria dos países, essas pessoas não têm acesso aos cuidados básicos de saúde e ao tratamento que realmente necessitam. As violações dos direitos dessas pessoas não é a falta de direitos humanos ou uma deficiência no direito internacional existente, é sim o resultado do estigma social, do preconceito ligado à doença mental e de outros fatores sociais, econômicos e de organização dos serviços (POREDDI, et al, 2013).

São pessoas que constantemente são maltratadas e marginalizadas devido à natureza de sua doença. Em algumas culturas, as pessoas com transtorno mentais não fazem parte da sociedade. Além disso, são consideradas improdutivas, pois não contribuem para a manutenção e desenvolvimento da família. Essa conotação é atribuída a vários fatores como crenças, cultura, etnia, religião, política, idioma e pobreza (CARTHY; HULS, 2014). Em outras culturas, o transtorno mental é considerado como um sinal de fraqueza ou maldição. Essa concepção negativa resulta frequentemente em abandono por parte dos membros da família que se distanciam ou maltratam a pessoa com transtorno mental. São pessoas marcadas como socialmente inadequadas, que sofrerem altos níveis de bullying, assédio sexual e exploração. Estudos evidenciam que somente o fato de uma pessoa ser diagnosticada ou manifestar algum distúrbio ou sintoma de problema mental é suficiente para que seja rotulada pela sociedade (CARTHY; HULS, 2014)

Por outro lado, pesquisas demonstram que as pessoas com transtornos mentais estão mais suscetíveis a sofrerem a violações dos seus direitos nas instituições psiquiátricas e nos serviços de saúde mental (REKHIS; HAMOUDA; OUANES, 2017). São pessoas que frequentemente experimentam abuso ou negligência dos direitos humanos, incluindo os direitos à liberdade e ao tratamento, devido ao aumento do risco de uma longa detenção involuntária em várias instituições hospitalares, muitas vezes, somente por vontade médica, judicial ou abandono

dos familiares (KELLY, 2016).

Estudo realizado em Tunísia mostrou a realidade vivida pelas pessoas com transtornos mentais dentro de um serviço de saúde mental, onde os seus direitos eram constantemente violados. Essas pessoas viviam em condições difíceis, com higiene precária e falta de privacidade. Eram obrigadas a usar uniformes e não tinham direito a posses pessoais, nem espaço individual, nem o direito de fazer qualquer tipo de escolha mesmo as mais simples, como o horário para acordar, comer, fazer higiene corporal ou dormir. O contato com o mundo exterior, social era praticamente inexistente, exceto as visitas dos familiares. As suas capacidades físicas e intelectual não eram estimuladas, a atividade diária mais comum para eles consistia em caminhar nos corredores da instituição (REKHIS; HAMOUDA; OUANES, 2017).

A saúde é um direito fundamental, todavia, a falta ou escasses de recursos humanos em saúde mental é considerada uma limitação para a ampliação dos serviços em vários países de baixa e média renda. Da mesma forma, há predominância do modelo biomédico, a inexistência de centros comunitários para reabilitação psicossocial e a falta de informação sobre o tratamento, tanto para as pessoas com transtorno mental como para os familiares (REKHIS; HAMOUDA; OUANES, 2017). A maioria dos países poderiam melhorar significativamente a saúde mental, mesmo sendo países de baixa renda, se possuíssem no mínimo recursos especificamente voltados à saúde mental. No entanto, mesmo quando os recursos são limitados, pode se encontrar meios para que os padrões internacionais de direitos humanos possam ser respeitados, protegidos e realizados. A legislação pode ser uma das formas através da qual os países em desenvolvimento podem utilizar para garantir mais recursos à saúde mental, melhorar o cuidado, garantir o respeito aos direitos das pessoas com transtorno mental (WENCESLAU & ORTEGA, 2015).

## **2.2 As pessoas com transtorno mental e seus direitos à Saúde em Cabo Verde**

A Constituição de Cabo Verde garante o respeito a dignidade da pessoa humana e reconhece a inviolabilidade e a inalienabilidade dos direitos humanos como fundamento de toda a comunidade cabo-verdiana. O Estado tem trabalhado no sentido de garantir o respeito aos direitos humanos e assegurar o pleno exercício destes e das liberdades fundamentais para todos os cidadãos, atribuindo a todas as autoridades públicas o dever de respeitá-los (CABO VERDE, 2010)

Existem no país várias instituições que trabalham em sintonia com o Estado, no sentido de proteger, dar a conhecer e sensibilizar a sociedade sobre os direitos humano e a importância de garantir o cumprimento desses direitos, assim como zelar pela sua não inviolabilidade. Em 2003, o Estado cabo-verdiano aprovou o primeiro Plano Nacional de Ação para os Direitos Humanos e a Cidadania (PNADHC), documento que tem sido de extrema importância para a promoção e proteção dos direitos humanos no país e que definiu as principais prioridades nacionais em matéria de direitos humanos, cidadania e direito internacional humanitário (CABO VERDE, 2018)

Posteriormente, em 2004, foi criada a Comissão Nacional para os Direitos Humanos e Cidadania (CNDHC), ampliando o campo de atuação, cujas atribuições refletem a relevância que os direitos humanos assumem no panorama nacional. Catorze anos após a aprovação do primeiro plano, o Governo de Cabo Verde, através da Resolução n.º 127/2017, de 17 de novembro, aprovou o segundo Plano Nacional de Ação para os direitos humanos e a cidadania (IIPNADHC), com o intuito de responder aos desafios emergentes em matéria de direitos humanos em Cabo Verde (CABO VERDE, 2018)

O primeiro Relatório Nacional de Direitos Humanos (RNDH), publicado em 2010, apresenta um capítulo intitulado Direitos Humanos de Grupos Vulneráveis, o qual desenvolve um tópico direcionado aos Direitos das pessoas com Necessidades Físicas e Mentais Especiais. Nesse tópico, inicialmente, fazem um panorama da situação em nível mundial das diversas declarações e orientações que vêm sendo elaboradas e proclamadas, no sentido de garantir o respeito dos direitos dos grupos de pessoas considerados mais vulneráveis, dos quais incluem as pessoas com deficiência física e mental (CNDHCD, 2017).

O documento enfatiza que a República de Cabo Verde ratificou, recentemente, a Convenção sobre Direitos de Pessoas com Deficiência e, também, destaca que as referências em termos de proteção ao deficiente físico são mais antigas, tendo encontrado consagração na versão da Lei Fundamental, no artigo 76º. Esta, em geral, segue o padrão normativo reservado aos grupos mais vulneráveis, garantindo o direito a especial proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos. Além disso, traz a explicitação de um conjunto de medidas, legislativas e administrativas para sua concretização, isto é, as pessoas com necessidades especiais gozam dos mesmos direitos que os demais cidadãos e incumbe ao Estado, às famílias e à sociedade especiais deveres e responsabilidades para com este grupo (CNDHCD, 2017).

Cabo Verde não dispõe de uma legislação sobre a prestação de cuidados às pessoas com transtornos mentais. Porém, em junho de 2013, foi aprovada pela Assembleia Nacional a Lei nº 37/VIII/2013 que regula o internamento compulsivo dos portadores de transtorno

mental, constituído por 39 artigos, seguindo as recomendações da OMS. Os Relatórios Mundiais da Saúde determinam que a prestação de cuidados às pessoas com transtornos mentais e de comportamento deve ser, prioritariamente e sempre que possível, o mais próximo da comunidade, de forma a evitar o afastamento das pessoas do seu meio e facilitar a sua reabilitação e inclusão social (CABO VERDE, 2013).

Em relação aos programas direcionados à saúde mental, o Estado publicou o Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental, 2021-2025, que contém proposta como a priorização da saúde mental nas atividades de promoção da saúde; o Protocolo Terapêutico de Psiquiatria articulado aos cuidados de saúde primários; a Ficha para a coleta de dados estatísticos de saúde mental (delegacias de saúde), assim como o desenvolvimento de algumas atividades como visitas de supervisão e apoio nas delegacias de saúde; descentralização das consultas de psiquiatria (São Vicente); o Plano Nacional de Formação dos Enfermeiros de Saúde Mental; os Concursos para recrutamento de pessoal e formação especializada (contratos de aquisição de bens e serviços); (CABO VERDE, 2020)

Quanto à prestação de cuidados de Saúde Mental às pessoas com transtorno mentais, na ilha de Santiago, de uma forma geral, estes são inicialmente realizados nos serviços de urgência do Hospital Central ou Regional, ou em Centros e Delegacias de Saúde nas periferias e encaminhadas ao serviço de psiquiatria Trindade do HAN, para uma avaliação especializada, caso seja necessário. A partir de 2003, ano em que esse serviço iniciou suas atividades, foram poucos os investimentos por parte do Estado e, aos poucos, esses serviços têm demonstrado sinais de degradação, tanto nas estruturas físicas como também em relação a recursos humanos, o que se reflete na assistência prestada às pessoas com transtornos mentais. Essa situação corrobora a declaração da OMS em relação ao pouco investimento por parte do Estado, nos serviços de saúde mental, em diversas partes do mundo, o que torna esses serviços inadequados e de difícil acessibilidade às pessoas necessitadas (OMS, 2021). Nos países em desenvolvimento, são investidos menos de 20% de todos os recursos globais gastos com assistência à saúde mental, e o orçamento em saúde mental, normalmente, não ultrapassa os 2% do orçamento total do que é investido em saúde (WENCESLAU & ORTEGA, 2015).

Embora ainda não atendam plenamente as demandas, cabe destacar que, em Cabo Verde, em 2014, foi implantado atendimento de saúde mental nos Centros de Saúde, através da colocação de psicólogos. Em 2020, iniciou a implementação do Protocolo Terapêutico em Psiquiatria em vários serviços em fase experimental, no interior da ilha de Santiago e a ilha de São Vicente. Ainda, foram realizadas outras ações, como designar enfermeiros como ponto focal para atividades na área de Saúde Mental nos Centros de Saúde e nos Hospitais

Regionais; e atividades de formação sobre métodos e técnicas de detecção e tratamento de casos de utilização de substâncias psicoativa, supervisão, análise e coleta de informações sobre a organização do atendimento da Saúde Mental, elaboração de Protocolos Terapêuticos, além da Lei N.35 de 2013 que estabelece os princípios gerais da Saúde Mental. (PNDS 2017-2021; PENSM21-25)

### **2.3 A Saúde mental na Atenção Primária em Saúde**

A assistência em saúde mental manteve-se por muitos séculos centralizada no modelo manicomial, hospitalocêntrico, asilar, de exclusão social. Porém, a partir do século XX, iniciaram diversas tentativas de modificar a abordagem às pessoas com transtornos mentais, com ênfase em saúde comunitária. Desde então, vários países como Inglaterra, Estados Unidos e Itália adotaram esse tipo de abordagem, buscando substituir os serviços oferecidos pela lógica hospitalocêntrica, com sua cultura de exclusão, por intervenções que possibilitasse a reinserção social da pessoa com transtorno mental, no pleno exercício de sua cidadania, iniciando assim o que se tornaria uma nova abordagem em saúde mental, denominada Reforma Psiquiátrica (BRAGA; FARINHA, 2018)

Essa nova abordagem trouxe novos parâmetros à assistência à pessoa com transtorno mental, com alternativas para substituição dos manicômios, sendo a atenção primária uma delas. A inclusão da assistência às pessoas com transtornos mentais nos cuidados de saúde geral, principalmente na atenção primária, é defendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde, na medida em que rompe a dicotomia saúde/saúde mental, exigindo práticas embasadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (VASCONCELOS; SILVIA, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é concebida como o primeiro nível de contato do paciente com o sistema de saúde. É de fácil acesso e direcionada a cobrir as necessidades mais comuns dos usuários, constituída por três atributos: a orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural e visa resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (Alves, et al 2020). A APS surgiu no Reino Unido, em 1920, com a publicação de Relatório do ministro da saúde inglês, Lord Dawson of Penn, que preconizou a organização de um sistema de saúde hierarquizado, sendo a APS a porta de entrada dos pacientes aos demais níveis de assistência especializada e hospitalar, os quais incluem serviços de centros de saúde primários (OLIVEIRA, 2018)

Um marco histórico da atenção primária foi a primeira Conferência Internacional

sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1978, em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão. Essa conferência tinha como principal objetivo discutir a promoção da saúde para todos os povos do mundo através da atenção primária como modelo de reforma nos sistemas de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2018). A conferência de Alma-Ata concebeu à APS o lugar dos cuidados essencialmente baseados em práticas, tecnologias cientificamente aprovadas, universalmente acessível na comunidade, através de participação total e ativa das pessoas e famílias, com um custo acessível, assim como aos países, à medida que se desenvolvem num espírito de autoconfiança e autodeterminação. O principal objetivo da APS é ser o primeiro nível de contato das pessoas, famílias e a comunidades com o sistema nacional de saúde, aproximando os cuidados de saúde o mais possível de onde as pessoas vivem e trabalham. Além disso, possibilitar o desenvolvimento econômico da comunidade, constituindo-se assim o elemento primordial de um processo contínuo de atenção à saúde que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação (OLIVEIRA, 2018).

A OMS destaca que todos os países devem cooperar em um espírito de parceria e serviço para garantir a atenção primária e os cuidados de saúde a todas as pessoas, independentemente da sua patologia, e formular políticas, estratégias e planos de ação nacionais para implementação e manutenção dos cuidados primários de saúde como parte de um Serviço Nacional de Saúde abrangente. Em outras palavras, essa organização enfatiza a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, considerando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas a nível mundial (OMS, 2013).

As práticas em saúde mental, no âmbito da APS, têm sido uma estratégia importante para a implementação dos princípios da reforma psiquiátrica, tendo em vista o potencial de integração dos campos sociais, a proximidade com a família e a execução de ações voltadas prioritariamente à promoção da cidadania e a construção da autonomia das pessoas com transtornos mentais (VASCONCELOS; SILVA, 2017). A integração da saúde mental na APS favorece as práticas de cuidado integral, melhora o acesso aos serviços de saúde mental, promove os direitos humanos e reduz a lacuna entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas atendidas, assim como a exclusão social (HIRDES; SCARPARO, 2015).

A integração da saúde mental na APS, conforme definida no modelo da OMS, é fundamental, mas deve ser apoiada por outros níveis de saúde, incluindo serviços de cuidados secundários e terciários, aos quais os profissionais de atenção primária podem recorrer como

referências, apoio e supervisão para atender todo o espectro de necessidades das pessoas com transtornos mentais. Nesta perspectiva, os serviços da APS devem incluir: a identificação precoce de transtornos mentais, tratamento de transtornos mentais comuns, tratamento de pacientes psiquiátricos estáveis, encaminhamento a outros níveis de saúde sempre que for necessário. Para tal, torna-se imprescindível que a referência e contra referência entre os serviços de saúde funcionem como, também, o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção da saúde mental (OMS, 2013)

A continuidade dos cuidados após a alta hospitalar torna-se exequível com a integração da saúde mental na atenção primária, pois ela permite o estabelecimento de um vínculo entre profissional da saúde, paciente e familiares; além da adesão ao tratamento e a inclusão social, uma vez que os serviços de saúde mais acessíveis se encontram nas comunidades. Integrada nos serviços de saúde local, melhora o acesso das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, assim como facilita aos profissionais identificarem os transtornos mentais, contribuindo, assim, para que as comorbidades também sejam tratadas de forma mais adequada (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Portanto, a saúde mental integrada nos serviços da atenção primária desempenha um papel importante na redução do estigma e exclusão social, além de estar constituindo-se em uma estratégia para ampliar a assistência em saúde mental em diversos países. Da mesma forma, favorece o acesso das pessoas com transtorno mentais e familiares aos serviços de saúde e favorece a assistência orientada ao ser humano, em oposição a uma assistência fragmentada, centrada no controle de comportamento e nas violações dos direitos à saúde. O papel de profissionais de saúde não especialistas em saúde mental, principalmente os profissionais da atenção primária é, portanto, um elemento fundamental para o alcance dos objetivos de garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais e a qualificação assistencial (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Desse modo, a integração de saúde mental na atenção primária é uma estratégia fundamental, necessária para prestação de um cuidado integral à pessoa com transtorno mental e seus familiares, consistindo em atividades, tais como a prevenção promoção da saúde, intervenção precoce e reabilitação. É, pois, uma oportunidade ímpar nos serviços de APS em promover uma assistência integral, resolutiva e capaz de incluir não somente o paciente, mas também, a família.

## **2.4 Experiências de integração da saúde mental na Atenção Primária em diferentes países**

Em países de baixa renda como a Etiópia, os transtornos mentais não são considerados problemas graves de saúde e, conseqüentemente, não lhes é dada a devida atenção por parte dos Estado e dos profissionais de saúde. Como resultado, os serviços de saúde mental não priorizam as necessidades das pessoas com transtorno mentais. Nesse país, apenas 10% das pessoas com transtornos mentais graves recebem cuidados efetivos. Quando os transtornos mentais não são tratados, esses distúrbios levam à incapacidade, gera uma sobrecarga para a pessoa com transtorno mental e suas famílias, além de comprometer a qualidade de vida dessas pessoas, com violações de seus direitos, estigma e discriminação, diminuição produtividade, sofrimento, problemas de saúde física e mortalidade prematura (AYANO et al, 2016)

Na Etiópia, existe apenas um Hospital Psiquiátrico com uma equipe multidisciplinar constituída por menos de 100 psiquiatras, 150 técnicos de saúde mental treinados, cerca de 200 enfermeiras psiquiátricas e mais de 300 enfermeiras especialistas em saúde mental. Esses profissionais são insuficientes para responder as necessidades de saúde mental do país. Para ultrapassar os problemas de baixa cobertura dos transtornos mentais, a Etiópia implementou o Programa de ampliação da saúde mental da OMS, que integra o tratamento de transtornos mentais na atenção primária à saúde (APS) (AYANO et al, 2016).

Ainda, na Etiópia, o Programa de Ação em GAPS de Saúde Mental (mhGAP) foi implementado com o objetivo de atender as pessoas que sofrem de problemas mentais, neurológicos e distúrbios de uso de substâncias. Após um programa piloto de três anos de sucesso (2010-2013), o Ministério Federal da Saúde (FMOH) decidiu implementar o programa mhGAP antes de um ano e seis meses em diferentes regiões da Etiópia (2014) com o objetivo de ampliar o atendimento de problemas mentais, neurológicos e distúrbios de uso de substância para Unidades Básicas de Saúde (não especializados serviços de saúde) por profissionais não especializados, trabalhando em instalações de primeiro e segundo nível (AYANO et al, 2016).

O programa foi implementado em fases. A primeira fase (2014-2016) foi planejada para treinar 1266 profissionais de 633 unidades de saúde. Para 2014, o objetivo era treinar 200 profissionais de saúde de 100 serviços de saúde. Aumentar em torno de 360 profissionais de Saúde selecionados em diferentes unidades de saúde, treinados em quatro distúrbios prioritários selecionados do mhGAP: transtornos por uso de álcool; Depressão; Psicose; Epilepsia. Para o sucesso do programa, o suporte e a supervisão do mhGAP para profissionais treinados foram

considerados essenciais. Após o treinamento e experiência, em média, nove meses, os profissionais foram supervisionados durante as práticas. Como resultado, foram identificados 1576 casos e tratados por esses profissionais treinados em três regiões selecionadas (AYANO et al, 2016). O compromisso político, o desenvolvimento de políticas e estratégias, a referência e contra referência entre os serviços, as infraestruturas, bem como apoio e supervisão para profissionais de saúde foram os pontos fortes, salientados como elementos fundamentais para o sucesso futuro do programa (AYANO et al, 2016)

Em Portugal, a prestação de cuidados às pessoas com transtornos mentais em serviços extra-hospitalares ocorreu pela necessidade de inseri-las na comunidade. Em 1992, ocorreu a integração do serviço de saúde mental nos serviços de saúde geral por todo o país. Esse processo de integração passou por constantes organizações estruturais, além da elaboração e decreto de leis que foram importantes, pois fundamentavam as iniciativas e interesses, assim como as conquistas, no que se refere ao processo de desinstitucionalização da pessoa com doença mental. Foi um processo que decorreu em quatro fases, de acordo com as principais alterações legislativas e respectivas organização dos serviços, sendo elas: 1ª- Setorização (décadas de 1960 e 1970); 2ª- Integração nos cuidados primários (década de 80); 3ª- Integração hospitalar (década de 1990); 4ª Reforma no serviço (1998) (FILHO et al, 2015).

A Itália é considerada o país onde se deu o início do movimento da reforma psiquiátrica através do psiquiatra Franco Basaglia, em Trieste, na década de 1970. O movimento almejava a abolição do manicômio, do isolamento e da discriminação imposta às pessoas com transtornos mentais e culminou com a publicação, em 1978, da Lei 180, baseada na garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais (OLIVEIRA; FABRICI, 2018). Nesse contexto, surgiu o Departamento de Saúde Mental de Trieste que opera sem manicômio há 45 anos, funcionando com um sistema de portas abertas. A assistência do Serviço Sanitário Regional inclui a oferta de Centros de Saúde Mental abertos em regime integral de 24 horas com seis leitos cada (OLIVEIRA; FABRICI, 2018).

Esses Serviços estão organizados com uma coordenação médica (médico psiquiatra) e uma coordenação para a área de Enfermagem (enfermeiros e agente sanitário) que organiza os turnos de trabalho. A maioria dos profissionais trabalha 38 horas por semana, sete horas e 12 minutos por dia. Cada centro de saúde mental de Trieste possui ao menos quatro carros à disposição dos profissionais para realizar as intervenções na comunidade. Uma das atividades crucial desses serviços é a realização de duas reuniões de equipe diárias, que proporcionam o compartilhamento de informações sobre os usuários atendidos, favorecendo a tomada de decisões e a interlocução (OLIVEIRA; FABRICI, 2018).

O serviço de saúde mental de Trieste tem como sua principal característica a organização consolidada em valores e princípios relacionados às necessidades das pessoas com transtornos mentais e não em seguir protocolos e procedimentos padronizados. É, pois, um modelo que pode ser descrito mais em termos de práticas e relações de cuidado do que de técnicas e tratamentos, orientado pelo princípio de *recovery*<sup>1</sup> no cuidado em saúde mental de base comunitária (OLIVEIRA; FABRICI, 2018).

No Brasil, os serviços assistenciais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico surgiram em um contexto histórico, baseado em modelos internacionais, principalmente no modelo da reforma psiquiátrica italiana e possui uma trajetória marcada por uma forte movimentação política. Após a criação dos serviços de atendimento extra-hospitalares, ocorreu uma redução significativa dos leitos psiquiátricos e o encerramento de vários hospitais psiquiátricos. Em 2002, foi instituída pelo Ministério da Saúde brasileiro uma série de normatizações com diretrizes claras, eficazes e seguras para a implementação da redução de leitos psiquiátricos. Essas iniciativas permitiram a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país, através de implementação de uma rede de serviços e dispositivos de saúde mental em todo território brasileiro, com destaque especial para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que hoje são uma referência importante para o acolhimento e tratamento das pessoas com transtorno mental, aprovados pela Lei 10,216/01, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (FERREIRA et al, 2016).

O primeiro CAPS foi criado em 1987, pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e tinha como objetivo estabelecer-se como um dispositivo intermediário entre a internação psiquiátrica e a comunidade, através da substituição da internação de longos períodos nos hospitais psiquiátricos por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social da pessoa com transtorno mental (FERREIRA et al, 2016; OLIVEIRA, BARBOSA, 2018).

Segundo a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, pela necessidade de

---

<sup>1</sup> *Recover* se refere as condições internas experimentadas pela pessoa que se descreve como estando em restabelecimento e empoderamento. Envolve compreender suas habilidades, limitações, autonomia pessoal e identidade social. Na saúde mental é um conceito com um sentido positivo de contribuição para a sociedade (OMS, 2013-2020; MACEDO et al, 2019).

atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, estabeleceu o Artigo 1º que estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional:

Art 1º As três modalidades de serviços devem cumprir a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo;

Art. 3º Estabelecer que os CAPS só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

**CAPS I** - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes;

**CAPS II** - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

**CAPS I e II** contemplam com as seguintes atividades:

Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

**CAPS III** - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, inclui as seguintes atividades supracitadas mais acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

**CAPSi**- Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, tendo como atividade diferencial: atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de

ações intersectoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

**CAPS ad II** - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, tendo atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002).

Outro modelo de assistência as pessoas com transtorno mental foi a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), cujo objetivo principal era substituir a internação e propunha-se serviços que funcionavam obrigatoriamente 24h/dia, era necessário constituir-se como referência para os usuários e familiares nos momentos de atendimento à crise. Trouxe novas formas de cuidado, que privilegiam o sujeito, rompendo com o modelo manicomial (OLIVEIRA, BARBOSA, 2018).

Assim sendo, tanto o NAPS quanto o CAPS foram precursores para a construção de uma política de saúde mental, tendo a comunidade como eixo principal para desenvolvimento das novas ações. Contribuíram para o surgimento de novas experiências no campo da saúde mental tanto no Brasil como para outros países, cujo propósito de cuidado se daria através da reinserção social das pessoas com transtornos pessoas (BARBOSA, OLIVEIRA, 2018).

## **2.5 Barreiras e Estratégias para integração da Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde**

A integração da Saúde mental na APS tem apresentado inúmeras vantagens. Entretanto, apresenta, também, barreiras e limitações, principalmente para os profissionais, para as famílias e, também, para a pessoa com transtorno mental. Estudos evidenciam dificuldades em termos da prática desenvolvida pelos profissionais na APS que inclui, entre outras, a fragilidade na formação dos profissionais, com poucos conteúdos direcionadas ao atendimento em saúde mental de base comunitária às pessoas com transtornos mentais durante a formação acadêmica; capacitações insuficientes dos profissionais para desenvolverem ações de saúde mental na APS; persistência do modelo biomédico, com assistência fragmentada, centrada na doença e na medicalização, preconceitos, medo, angústia e despreparo frente aos comportamentos imprevisíveis das pessoas com transtorno mentais; despreparo para utilizar abordagens não medicamentosas como a escuta ativa, ou, ainda, para a elaboração de um plano de cuidados para as pessoas com transtornos mentais (ROTOLI, et al., 2019).

Pesquisa realizada em âmbito mundial, com especialistas em saúde mental, aponta barreiras de diferentes ordens à inclusão da saúde mental nos serviços de saúde, tais como: processos de trabalho fragmentados, resistência à descentralização dos serviços de saúde mental; desafios para a implementação de cuidados de saúde mental nos serviços de saúde da APS; baixos índices de profissionais que recebem capacitação em saúde mental; e a frequente escassez de especialistas em saúde mental no âmbito da saúde pública (HIRDES, 2018).

Outras barreiras destacadas na literatura por parte dos profissionais foram as ações desenvolvidas para promoção da saúde mental, que advêm da falta de capacitação, falta de recursos para oferecer um cuidado sistematizado, ausência de registo de dados relacionados a ações de saúde mental. Tudo isso dificulta quantificar as ações realizadas e planejar ações assertivas no sentido de atender com mais efetividade as necessidades das pessoas com transtorno mentais e seus familiares. Além dessas, são referidas as dificuldades de comunicação entre a comunidade e a equipe e o despreparo dos profissionais para acolher e cuidar dessas pessoas (REIS, et al, 2016; SILVA, FERREIRA, PEREIRS, 2018).

Como forma de ultrapassar essas barreiras ou desafios para integração da saúde mental na Atenção Primária à Saúde, Gryscek; Pinto (2015) consideram ser de fundamental importância a capacitação dos profissionais por meio de formações permanentes, integração de equipes multidisciplinares, com discussão de casos clínicos periódicos e rotineiros. E, principalmente, que a formação e a capacitação dos profissionais superem o conhecimento técnico, indo além do diagnóstico e uso de medicações, ou seja, que inclua habilidades de comunicação, capacidade de trabalhar num modelo ampliado de atenção e manejo de problemas psicossociais. Em outras palavras, ser um cuidado integral.

O matriciamento tem sido apontado como uma estratégia importante para a implementação da integração da saúde mental na APS. É definido como uma combinação organizacional que visa dar suporte técnico pedagógico em áreas específicas às equipes que atuam nos serviços de APS e são responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Envolve a construção de novas práticas em saúde mental junto às comunidades, encontros sistemáticos e interativos entre equipes da APS e equipes de saúde mental, de modo a garantir um cuidado integral às pessoas com transtorno mentais e seus familiares (IGLESIAS; AVELLAR, 2019). O matriciamento visa, portanto, transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde, caracterizada por encaminhamentos que se perdem a continuidade.

A concretização do matriciamento em saúde mental nos serviços de saúde de APS

em toda sua potencialidade depende de envolvimento, empenho e mudanças por parte das várias entidades envolvidas: Estado, sociedade, serviços e profissionais de saúde, ou seja, implica negociação entre os diversos saberes presentes, para a construção de diretrizes sanitárias e estratégias de cuidado. Envolve parceria entre pacientes, gestores dos serviços e demais instâncias, equipes multidisciplinares, disponibilizando conhecimento específico e práticas, para a composição de um cuidado integral em saúde mental (IGLESIAS; AVELLAR, 2019)

A Legislação em saúde mental tem sido outra estratégia fundamental que fornece uma estrutura legal para se fazer cumprir políticas, programas, direitos relacionados à saúde mental e pode reforçar a integração na APS, legislando pela igualdade entre os cuidados prestados tanto para saúde física como mental, por introduzir legislações específicas que promovam a desinstitucionalização e a integração da saúde mental na prestação de cuidados na APS. Para tal, torna-se necessário a atualização das legislações, para garantir e proteger os direitos das pessoas com transtorno mentais e apoiar a integração da saúde mental nos serviços de APS. Além disso, é imprescindível o financiamento e fornecimento de meios e recursos adequados para implementação das legislações sobre saúde mental no contexto APS (MUGISHA et al, 2017)

As políticas de saúde mental também desempenham papel importante para integração da saúde mental na APS, pois podem definir os objetivos a serem alcançados, enquanto os planos podem descrever detalhadamente as estratégias e atividades específicas necessárias para sua implementação. Assim sendo, requerem também recursos financeiros por parte do Estado para sua implementação, bem como a identificação e mobilização de outros recursos. Existem atividades importantes, como supervisão, capacitação e incentivos aos profissionais para área de saúde mental que podem ser realizados, tendo um orçamento reduzido, porém, o que se constata na prática, é que são poucos os recursos financeiros disponibilizados, principalmente em nível comunitário, o que acaba por dificultar o acesso das pessoas com transtornos mentais e seus familiares a um cuidado integral nos serviços de APS, particularmente nos países em desenvolvimentos (MUGISHA et al, 2017).

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

O Referencial teórico deste estudo está constituído por uma estrutura que envolve princípios universais que orientam a prestação de cuidados nos serviços de Saúde, os quais, em conjunto, possibilitam melhor compreender a forma como o atendimento das pessoas com transtornos mentais nos serviços de APS, na região de Cabo Verde/África acontece. Trata-se de uma estrutura que orienta todo o processo do desenvolvimento do estudo, desde a concepção até análise e interpretação dos dados e seus resultados (MINAYO, 2007). Inclui os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade aplicados na área da saúde e representam os valores e os preceitos que orientam o sistema de Saúde de Cabo Verde.

A utilização desta estrutura conceitual justifica-se pelo fato das pessoas cabo-verdianas com transtornos mentais e suas famílias sentirem-se desamparadas, após a alta hospitalar por não encontrarem na comunidade serviços que lhes possibilitem dar continuidade aos cuidados que necessitam e têm direito. Geralmente os cuidados à pessoa doente ficam sob a responsabilidade da família, sendo que esta não encontra suporte nos serviços de saúde existentes na comunidade para atender as suas necessidades como cuidadora. Assim, fica comprometida a reinserção do familiar doente na comunidade e a qualidade de vida dos demais membros da família.

Nas comunidades cabo-verdianas, existem os Centros de Saúde que integram a Rede de Atenção Primária. Todavia, conforme referido pelas próprias famílias em estudo anteriormente realizado<sup>2</sup>, esses serviços não conseguem dar respostas às necessidades dessa população específica. Por essa razão, torna-se imprescindível refletir sobre a forma como esses princípios universais, que também estão contemplados no Plano Nacional de Saúde de Cabo Verde/África, são incorporados na organização dos serviços e na prática dos profissionais de saúde que trabalham na Rede de Atenção Primária à Saúde deste país.

A **Universalidade** é um princípio que define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, um direito de cidadania incorporado na Constituição de um país. Segundo Sousa (2014), pode ser definido como aquilo que se aplica a totalidade, que exprime a ideia de abrangência completa. É o ato, o efeito de universalizar, referindo-se a generalidade ou a

---

<sup>2</sup> MONIZ, A. S. B. Os desafios da reinserção familiar e comunitária dos pacientes do serviço de psiquiatria do hospital Agostinho Neto Extensão Trindade em Cabo Verde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, 2017.

qualidade do que é universal. É o reconhecimento dos direitos de todos, que possuem validade e são legítimos para todas as pessoas, em qualquer parte do mundo.

**Universalidade** é um direito fundamental de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social. Aplicado à área da saúde, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços de saúde e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população (PONTES et all, 2009). É, pois, a garantia de que todos os indivíduos poderão utilizar os serviços de saúde que necessitam, sem correr riscos de perdas financeiras ou de empobrecimento (OMS, 2013). É um princípio que não se centraliza somente nos direitos do indivíduo, pois destaca a responsabilidade que o Estado possui na promoção da saúde, assim como na proteção contra os riscos aos quais as pessoas podem se expor e assegura, também, a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde.

A responsabilidade do Estado traduz-se na implementação de políticas econômicas e sociais através da extensão de cobertura dos serviços necessários para o provimento de boas condições de saúde e de bem-estar, de modo que venham paulatinamente a se tornar acessíveis a toda a população, assegurando assim a universalização do acesso (MENDES; VASCONCELLOS, 2015).

Trata-se da titularidade do direito e não de seu objeto. A garantia de acesso universal pode ser resumida na expressão constitucional de um país de que “a saúde é direito de todos”, o que já garante que todos os cidadãos, independentes das suas condições de saúde e econômicas, possam usufruir desse direito. Esse princípio também coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todas as pessoas que delas necessitam, enfatizando as ações de prevenção e reduzindo o tratamento das complicações (BRASIL, 2000).

O princípio da Universalidade faz parte da constituição de Cabo Verde e proclama no seu Artigo nº70:

Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição econômica. O direito à saúde é realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação das condições econômicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações (CABO VERDE. Plano Nacional de Saúde, P.26, 2007)

Apesar de esse princípio constar na Constituição do país, a maioria das pessoas com transtorno mental e seus familiares ainda não usufruem desse direito à saúde em Cabo Verde, pois, embora a universalidade se apresente como acesso garantido aos serviços de saúde para

toda população, em todos os níveis de assistência, as pessoas com transtorno não tem acesso em todos os níveis de saúde, principalmente na Atenção Primária. Existem serviços de referência nas principais localidades da cidade da Praia e no interior da ilha de Santiago, porém a maioria não presta cuidados direcionados às pessoas com transtorno mental e seus familiares e há famílias que não sabem a quem procurar, ou onde recorrer se não for o serviço hospitalar de psiquiatria. Conseqüentemente, as pessoas com transtorno mental e suas famílias não têm o direito à saúde garantida em sua plenitude. Eles dispõem da assistência em tempo de crise centralizada nos serviços de psiquiatria.

O princípio da universalidade pode constituir-se no ponto de partida para um processo de reflexão com os profissionais e o gatilho para o questionamento acerca das razões explícitas e subjacentes que fazem com que haja um déficit na prestação de cuidados direcionados às pessoas com transtorno mental e seus familiares de nos serviços de APS.

A **Equidade** pode ser definida como um princípio que orienta o cuidado e torna-se indispensável para se chegar ao ideal de justiça e cidadania plena, capaz de garantir o gozo de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos. A **equidade** em saúde pode ser entendida como um conceito multidimensional que inclui aspectos relacionados ao nível de saúde, não apenas com a distribuição do cuidado sanitário, mas inclui a justiça e, por conseguinte, atenta para a ausência de discriminações na prestação da assistência. Equidade veio substituir o conceito de igualdade, que passa de homogêneo à equânime, a distribuição homogênea, isto é, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços. Equidade leva em consideração que as pessoas são diferentes e que têm necessidades diversas, ou seja, não basta a existência de um padrão universal se não comportar o direito à diferença (BARROS; SOUSA, 2016)

Equidade diz respeito à necessidade de “tratar desigualmente os desiguais”, de modo que se possa alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. Torna-se necessário ter a consciência, tanto dos políticos como dos profissionais e da sociedade, sobre a noção da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas, principalmente na área da saúde em que as condições sociais apresentam-se como desigualdades diante do processo do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos. Esse princípio reafirma que a desigualdade deve ocorrer também através das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2000). Igualdade

da assistência à saúde deve abranger a todas as pessoas, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLI, 2014).

O princípio da equidade comporta a noção de que todas as pessoas devem ter igual acessibilidade aos cuidados de saúde, independentemente da sua patologia, favorecendo oportunidades em saúde mais equânimes. Introduce a noção de diferença, enfatizando a diversidade como uma condição humana e propõe que essa diferença seja tratada como um princípio orientador do cuidado, tendo em conta as suas necessidades. Infelizmente, em relação as pessoas com transtornos mentais e seus familiares, o cenário ainda é predominantemente de desigualdade, discriminação, descaso e indiferença.

Essa discriminação inicia desde o sistema de saúde que não inclui a saúde mental na sua agenda de prioridades e pouco se tem feito para superar essa discriminação no âmbito da nossa sociedade, na qual estão incluídos os serviços de saúde e os próprios profissionais de saúde. Logo, existe uma discriminação, uma desigualdade. A equidade permite compreender que as pessoas com transtornos mentais são tratadas, na maioria das vezes, pelos profissionais de saúde como pessoas que só têm lugar garantido nos serviços de psiquiatria tradicionais, o que faz com que, muitas vezes, lhe seja negado o devido cuidado, assim como outras pessoas ou pacientes têm.

A **integralidade** é um princípio que atribui à população o direito de atendimento de forma plena em função das suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas nos níveis primário, secundário e terciário (CARNUT, 2017). Esse princípio demonstra que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades individualizadas e específicas de cada pessoa ou grupo, ainda que sejam minoritários em relação ao total da população, inclusive no que diz respeito ao atendimento nos diferentes níveis de cuidados de saúde (BRASIL, 2000).

Envolve compreender o ser humano como um todo “biopsicossocial”, postulando a necessidade de uma assistência integral à saúde, com ações articuladas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma a garantir a integralidade da atenção à saúde também do ponto de vista da organização da atenção (KALICHMAN; AYRES, 2016). O princípio da integralidade corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas assistenciais e deve ser entendido como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema. A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (SILVIA, 2015)

De acordo com Silva (2015), a integralidade está comprometida com a recuperação da saúde das pessoas por meios de ações, tais como a educação em saúde utilizada como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde. Assim como, também, o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação nas condições da saúde da população e integralidade de assistência. É compreendida como um conjunto de ações e serviços que devem funcionar de forma articulada nos níveis primário, secundário e terciário (VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLI, 2014). Para além da dimensão legal, esse princípio deve ser considerado como um valor que deve se refletir na atitude do profissional, pois implica o reconhecimento das demandas e suas necessidades de saúde, assim como de ações de prevenção, de promoção e ações reabilitadoras (HIRDES; SCARPARO, 2015)

No Plano Nacional de Saúde de Cabo Verde/África a integralidade é concebida como:

Conjunto articulado de ações e serviços promocionais, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a Racionalização técnica e rentabilização dos recursos afetados a cada nível de intervenção como garantia da qualidade (CABO VERDE. Plano Nacional de Saúde, p.25, 2007)

Esse princípio deve estar em vigor em todos os serviços de saúde do país e ser respeitado por todos os profissionais com todas as pessoas indiscriminadamente. Representa, pois, uma contraposição à visão reducionista e fragmentária do “cuidar em partes”, centralizada na hospitalização, medicalização e isolamento, substituindo-o por um cuidar integral, uma vez que a pessoa com transtorno mental não se resume a um conjunto de sintomas do foro psiquiátrico.

No contexto de Cabo Verde, as pessoas com transtorno mental em geral não são vistas de forma integral, o cuidado frequentemente é fragmentado e se ela tiver comorbidades de outra natureza, estas são o foco de atenção. Já o transtorno psiquiátrico recebe orientação para procurar os serviços de psiquiatria. Essa posição caracteriza a exclusão e a negação do cuidado integral e a visão de que a responsabilidade por essas pessoas é do serviço hospitalar de psiquiatria.

A noção de integralidade não concebe a ideia de que as pessoas com transtorno mental, com várias enfermidades necessitam ser encaminhadas a pontos distintos do sistema de saúde para a resolução das suas necessidades. Os serviços de saúde da atenção primária deveriam assegurar um cuidado integral às necessidades de quaisquer pessoas que procuram o serviço, mesmo aquelas não contempladas. Nessa perspectiva, não basta a criação de serviços de saúde

orientados ou fundamentados pelo princípio da integralidade. É necessário, também, articular os serviços de diferentes níveis que considerem as dimensões biopsicossocial, políticas, sociais, técnicas e científicas para a construção de um cuidado integral as pessoas com transtorno mentais e, principalmente, romper com o modelo de assistência centrado no manicômio.

A integralidade deve permear as práticas de saúde, independentemente de competências, tarefas técnicas ou equipamentos, ação de respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento, exigindo que o cuidado ocorra em diferentes espaços. Além disso, requer uma prática assistencial que considere a subjetividade, a singularidade, a inclusão, a cidadania e a autonomia das pessoas com transtornos mentais e suas famílias.

Os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade representam um núcleo comum de valores e concepções que servem de base nos sistemas de saúde. Neste estudo, assumimos a concepção de que é a partir dessa visão de mundo que todo o sistema de saúde precisa, de facto, ser organizado e operacionalizado, isto é, a partir desses princípios que se devem definir as políticas, as estratégias e os meios para concretizar os valores fundamentais que gerem todo o sistema.

Com essas premissas, a opção por esta estrutura como referencial teórico deste estudo representa a adoção de uma postura crítica em relação às formas objetivadas de construção e organização das práticas no contexto dos cuidados, em que se processam as relações de cuidado, especificamente no que tange ao atendimento às pessoas com transtornos mentais e seus familiares nos serviços de APS. Dessa forma, considera-se fundamental refletir e analisar o processo de integração da assistência em saúde mental nos serviços de Atenção Primária em Saúde, na ilha de Santiago-Praia, em Cabo Verde/África, tendo como alicerce os princípios e diretrizes que regem o Serviço Nacional de Saúde do país.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório, que aborda a assistência em saúde mental, desenvolvida nos serviços de saúde da Rede de Atenção Primária, na ilha de Santiago, em Cabo Verde/África. A natureza qualitativa deste estudo possibilitou a compreensão das barreiras e das diferentes percepções imbricadas na organização dos serviços e das práticas profissionais desenvolvidas nesse contexto. Trata-se, portanto, de um estudo que examinou as influências que moldam a relação/percepção entre os profissionais, as pessoas/famílias e os serviços de saúde, com ênfase na saúde mental. Da mesma forma, permitiu gerar um tipo de conhecimento imbuído das características contextuais que podem contribuir para desencadear um processo de revisão das práticas e, quem sabe, melhorar a assistência prestada nos serviços Atenção Primária de saúde existentes na ilha de Santiago/Cabo Verde/África.

O caráter descritivo com o objetivo de descrever características de uma determinada população, um fenômeno ou ainda uma experiência para o objeto pesquisado segundo Mirailh, & Albano (2018), neste estudo procurou-se descrever a assistência as pessoas com transtornos mentais e suas famílias nos serviços de APS. Exploratório permite que o pesquisador utilize múltiplas técnicas, possibilitando que seja feita uma combinação de perspectivas e métodos adequados para se solucionar determinados questionamentos. Este estudo buscou expor as barreiras enfrentadas pelas pessoas com transtorno mentais e suas famílias nos serviços de APS (MIRAILH, ALBANO, 2018).

### **4.2 Cenário do Estudo**

O estudo foi desenvolvido nos serviços de saúde de Atenção Primária existentes na Ilha de Santiago, em Cabo Verde, na África. Esse é um pequeno país arquipelágico, situado no Oceano Atlântico, a cerca de 500 km da costa ocidental da África, em frente ao Senegal e, aproximadamente, a 4511 km do Brasil (2803 milhas). É um país insular, de origem vulcânica, composto por dez ilhas, sendo que nove são habitadas. De acordo com a posição dos ventos alísios do Nordeste, formam dois grupos distintos: o Barlavento e o Sotavento. O primeiro, reúne as ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boa Vista; enquanto

o Sotavento reúne as ilhas de Maio, Santiago, Fogo e Brava e cinco principais ilhéus (Branco, Raso, Luís Carneiro, Grande e de Cima). A Figura 1 mostra a disposição das ilhas.



**Figura 1** - Mapa de Cabo Verde/África. Fonte: Google Imagem, 2019

As principais cidades do país são Praia, na ilha de Santiago, onde está situada a sede do Governo, e Mindelo na ilha de São Vicente. Descoberto entre 1460 e 1462, por navegadores portugueses, o arquipélago esteve sob a soberania de Portugal por um período de, aproximadamente, 500 anos, tendo as ilhas servido de palco de uma grande miscigenação e cruzamento de influências, dando origem a uma nova cultura, ou seja, a cultura cabo-verdiana. Em 5 de Julho de 1975, o país tornou-se independente e, desde então, tem feito um percurso visando o desenvolvimento, efetuando diversas conquistas, o que lhe permitiu estar hoje colocado entre os países de rendimento médio. Atualmente, tem uma população estimada em 537 661 habitantes (ANUÁRIO ESTATÍSTICO, 2018)

A **ilha de Santiago** é a mais extensa do arquipélago de Cabo Verde. Foi também a ilha onde começou o povoamento do país, no século XV, sendo a maior de todas, com 991 Km<sup>2</sup>, representando cerca de 24,6% do território nacional. Santiago é também a ilha mais povoada, concentrando cerca de 54% da população. Praia, a capital, conta com uma população de 106.348 habitantes, ou seja, cerca de um quarto da população do país. Representa cerca de 24,6% do território nacional, é constituída por nove Concelhos: Tarrafal; Santa Catarina; Santa Cruz; Praia; S. Domingos; S. Miguel; S. Salvador do Mundo; S. Lourenço dos Órgãos; Ribeira Grande de Santiago (INE 2017; CABO VERDE, 2015)



**Figura 2:** Ilha de Santiago Cabo Verde/África. Fonte: Google Imagem, 2019.

O Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde está organizado em três níveis:

- **Municipal** - correspondente à divisão administrativa do país em Concelhos. Constitui o lugar privilegiado para prestar um conjunto de ações essenciais de atenção primária à saúde. A ilha de Santiago é dividida em nove Concelhos, e em todos eles existe, pelo menos, um Centro de Saúde dirigido pela Delegacia de Saúde.
- **Regional ou supramunicipal** - agrupa e reorganiza estruturas sanitárias de municípios próximos ou localizados em uma ilha e presta cuidados de atenção secundária e hospitalar;
- **Central**, ou de referência nacional - está organizado para garantir a prestação de cuidados de atenção terciária, sobretudo a função hospitalar diferenciada (CABO VERDE, 2007).

Nesse estudo, o foco foi direcionado aos serviços de saúde de Atenção Primária, pertencentes ao nível Municipal, os quais constituem a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde. Nestes, o Estado preconiza a implementação dos princípios da cobertura universal e da equidade no acesso aos cuidados de saúde, os quais são garantidos pelos Centros de Saúde, com ou sem unidade de internamento e suas extensões, Postos de Saúde e Unidades Sanitárias

de Base (CABO VERDE, 2007).

O CS é a estrutura de referência do sistema de saúde. É onde são realizados os cuidados essenciais, ou seja, os cuidados integrados de atenção primária que incluem a proteção e a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença e a recuperação da saúde, quer nas próprias instalações quer através de deslocamentos da equipe às diversas comunidades e estruturas inframunicipais, isto é, encaminha os casos mais complexos para o hospital Regional/Central (CABO VERDE, 2007).

Os Centros de Saúde são organizados com base no conteúdo funcional, no número da população a atender e no tipo de atendimento a ser prestado, cuidados a serem prestados, que geralmente são de dois tipos: ambulatorial ou hospitalar (internamento).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde, a implantação do CS deve ocorrer:

- a) Nas sedes dos Concelhos;
- b) Em aglomerados populacionais com até 30000 habitantes;
- c) Nas cidades, considerando uma população entre 15000 e 35000.

Do ponto de vista da localização geográfica, os CS devem:

- d) Garantir acesso facilitado a, pelo menos, 70% da população atendida, a meia hora de distância do local de residência do usuário;
- e) Pelo menos, 90 % dessa população deverá estar até uma hora de distância; 68% a menos de ½ hora; e 14% a mais de 1 hora, levando em consideração os aspectos geográficos e econômicos atrelados ao acesso. Além dos custos relativos ao deslocamento dos pacientes; apoio familiar nos locais habituais de maior fluxo; com participação nos custos dos cuidados (CABO VERDE, 2019)

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016, os Centros de Saúde garantirão à população os seguintes cuidados:

- a) Atividades promocionais e preventivas;
- b) Ambulatório para responder à demanda espontânea da população;
- c) Desenvolvimento de ações de saúde na comunidade, incluindo Reabilitação com Base Comunitária Saúde Mental e busca ativa;
- d) Atendimento permanente de urgência;
- e) Internamento na unidade de internamento do CS para situações passíveis de serem diagnosticadas e tratadas com qualidade, com os recursos disponíveis;
- f) Disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais de qualidade como uma

resposta fundamental às necessidades prioritárias da população;

g) Serviços complementares de diagnóstico, incluídos no conjunto básico e essencial de cuidados;

h) Evacuação sanitária para os Hospitais Centrais, nível terciário, para casos com maior complexidade.

Os Centros de Saúde prestam cuidados à população de sua área geográfica de abrangência que, em geral, é estimada entre sete e 20 mil pessoas. Os cuidados de saúde não são padronizados, pois cada um dos cinco centros de saúde os organiza de acordo com a população que atende, as condições de acesso ao próprio Centro e aos outros níveis de referência (CABO VERDE, 2019).



**Figura 3:** Mapeamento dos bairros da cidade da Praia-Ilha de Santiago -Cabo Verde. Fonte: Informações da Delegacia de Saúde da Praia (2019)

A Delegacia de Saúde da Praia (DSP) é constituída por seis Centros de Saúde: **Achada Santo António, Tira Chapéu, Ponta d'água, Achada Grande Trás, Fazenda e Ribeira Grande de Santiago**. Esses Centros de Saúde funcionam das 08 às 15 horas, de segunda a sexta-feira. No entanto, existem alguns serviços que funcionam após esse período. Em 2019, quando os dados desta tese estavam sendo coletados, os recursos humanos da DSP totalizavam 83 profissionais efetivos, sendo 29 médicos, 42 enfermeiros, sete psicólogos e cinco assistentes sociais.

Os serviços prestados pelas estruturas vinculadas a DSP estão especificados na tabela abaixo.

**Tabela 1:** Consultas realizadas nos Centros saúde da cidade da Praia

Serviços	Sede DSP		A. G. T		T C		PD		C.V		A.S. A		FZ	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Consultas Clínico Geral		X	X		X		X		X		X		X	
Consultas de Psicologia	X		X		X		X		X		X		X	
Consultas de Pediatria		X	X		X		X		X		X		X	
Fisioterapia		X	X		X		X			X		X		X

**Fonte:** Informações da Delegacia de Saúde da Praia, 2019

#### 4.3 Fonte de Dados:

##### 4.3.1. Objetivo Específico 1

“Identificar nos documentos institucionais, os princípios e as diretrizes que orientam a organização das práticas profissionais e dos serviços que integram a Rede de Atenção Primária à Saúde de Cabo Verde/África”

Para responder ao primeiro objetivo específico deste estudo, a **fonte de dados** foi constituída pelos documentos oficiais que orientam a organização dos serviços da Rede de Atenção Primária, em Cabo Verde. Foram incluídos os seguintes documentos:

- Plano Estratégico de Saúde Mental (2009-2013);
- Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental 2021-2025;
- Política Nacional de Saúde (2007-2010);
- Lei do Internamento Compulsório (2013);
- Protocolo Terapêutico em Psiquiatria (2017);
- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2017-2021).

##### 4.3.2. Objetivos específicos 2, 3, 4 e 5:

“Identificar as ações que prioritariamente são desenvolvidas por profissionais que trabalham em serviços da APS de Cabo Verde com pessoas acometidas de transtorno mental e seus familiares”

“Apreender, com base no discurso dos profissionais, a finalidade das ações desenvolvidas com as pessoas acometidas de transtorno mental e suas famílias.

“Conhecer a percepção dos profissionais sobre os princípios e diretrizes que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a rede de Atenção Primária em Saúde.

“Mapear as barreiras que, do ponto de vista dos profissionais, dificultam a integração das pessoas com transtorno mentais nos serviços de Atenção Primária em Santiago/Cabo Verde/África”

Para responder esses quatro objetivos específicos, a fonte de dados foi constituída pelas entrevistas realizadas com 43 profissionais que participaram do estudo, incluindo enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais, que integram as equipes dos cinco Centros de Saúde que fazem parte da Delegacia de Saúde da Praia. Para o recrutamento dos participantes, a doutoranda contou com a ajuda dos Diretores e Enfermeiros chefes dos serviços e adotou como critério de inclusão no estudo o tempo de vínculo desses profissionais com o serviço de pelo menos seis meses. Foram excluídos os profissionais que, durante o período de coletas dos dados, estavam de férias ou em licença de trabalho.

Para garantir o anonimato dos participantes, os profissionais foram identificados por um código formado da letra maiúscula “P” (de profissional), seguida de um numeral indicativo da ordem de realização das entrevistas.

#### **4.4 Coleta de dados**

Os dados que respondem ao objetivo específico 1 foram gerados a partir da leitura dos documentos referidos anteriormente. Dois aspectos foram levados em consideração para a seleção: o acesso aos documentos e sua adequação ao propósito deste estudo, de forma que a seleção não foi aleatória. Assim, os dados obtidos a partir da leitura desses documentos foram organizados de maneira a produzir uma síntese dos princípios e diretrizes neles contidos e serviu de base para investigar e melhor compreender a percepção dos profissionais e a forma como estes os incorporam, ou não, na prática que desenvolvem com as famílias e as pessoas com transtorno mental usuárias do serviço.

Para responder aos demais objetivos específicos do estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas, as quais iniciaram somente após a aprovação do projeto pela Comissão de Ética do Ministério de Saúde de Cabo Verde/África. Inicialmente foi estabelecido um contato

individual com cada um dos profissionais participantes do estudo. Nesta ocasião foi apresentado o projeto e aqueles que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após, foram realizadas as entrevistas, em sala disponibilizada pelo Centro de Saúde, garantindo a privacidade dos participantes, em horário previamente acordado com os participantes, mediante a sua disponibilidade, de forma a não interferir no funcionamento do serviço,

Para guiar as entrevistas, foi utilizado um roteiro (Apêndice A) constituído por cinco partes. A primeira parte abordava questões sociodemográficas dos profissionais, incluindo área de formação, tempo de formação em anos, grau de escolaridade, idade, sexo, estado civil, residência e tempo de vínculo com o serviço em anos. A segunda foi direcionada à investigação da relação entre os princípios - universalidade, equidade, integralidade e a condição de transtorno mental, incluindo informações sobre o conhecimento desses princípios por parte dos profissionais, sua aplicação na atenção primária e, especificamente, à pessoa com transtorno mental. A terceira parte do roteiro abordava a aplicação dos princípios e direitos no serviço onde trabalha; A quarta parte foi direcionada à reflexão sobre as barreiras que dificultam o atendimento das pessoas com transtorno mental no serviço onde o participante do estudo trabalha. A quinta parte tratava das estratégias e os recursos utilizados para atendimento à pessoa com transtorno mental. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos respondentes e, após transcritas. Este material está guardado no Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), e lá permanecerá pelo período de cinco anos.

#### **4.5 Análise e Tratamento dos dados**

A leitura dos documentos selecionados e a síntese das informações pertinentes foram orientadas pelo Referencial Teórico deste estudo e buscou resposta para a seguinte questão: *Quais os princípios e as diretrizes contidos nos documentos oficiais, que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços?*

Para análise dos dados gerados a partir das entrevistas, foi utilizada a técnica análise de conteúdos, que segundo Bardin (2016) “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2016, p. 48).

A elaboração da análise de conteúdo é, segundo Bardin (2016) constituída por três fases

fundamentais:

- Pré-análise;
- Exploração do material ou codificação;
- Tratamento dos resultados - inferência e interpretação;

A primeira fase, a **Pré-análise**, é uma fase de organização, envolve a leitura “flutuante”. É o primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, quando são desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita. Consiste num processo de escolha dos documentos ou definição do corpus de análise; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final

A segunda fase, **Exploração do material ou codificação**, consiste no processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades de codificação e categorização - que é reunir maior número de informações através de uma esquematização, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto. As categorias consideram os seguintes elementos: **exclusão mútua**: cada elemento só pode existir em uma categoria; **homogeneidade** deve existir somente uma dimensão na análise; **Produtividade** os resultados devem ser férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos. Em seguida, agrupam-se os temas nas categorias definidas (BARDIN, 2016).

Na etapa da terceira e última fase, **Tratamento dos resultados – a inferência e interpretação**, busca-se colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, por meio de quantificação simples (frequência) ou mais complexa como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, modelos. A interpretação deve ir além do conteúdo manifesto dos documentos. A **inferência** é um instrumento de indução (roteiro de entrevistas) para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos variáveis de inferência ou indicadores. A **interpretação**, etapa que demanda um retorno ao referencial teórico, de forma a embasar e identificar as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que agrega sentido à interpretação. Ela é constituída por **conceitos e proposições**. Os conceitos dão um sentido de referência geral, pois derivam da cultura estudada e da linguagem dos informantes, e não de definição científica. A proposição é um enunciado geral baseado nos dados, elas derivam do estudo cuidadoso dos dados (BARDIN, 2016)

#### **4.6 Aspectos éticos**

No desenvolvimento deste estudo, foi respeitada a Resolução 510/16, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). Inicialmente, o projeto foi encaminhado às instituições de Cabo Verde/África envolvidas neste estudo, ao Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde (CNEPS) do Ministério de Saúde de Cabo Verde, solicitando autorização para o desenvolvimento do mesmo e ao Sistema Nacional de Proteção dos dados (APÊNDICE B).

Ressalta-se que foi garantido sigilo aos participantes; privacidade individual, anonimato e o direito de livremente decidir quanto à sua participação ou não na pesquisa, sem ser penalizado por isso. Garantiu-se, também, o direito dos participantes de terem suas dúvidas sanadas a respeito de todos os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização desta pesquisa e o retorno dos resultados obtidos em todas as etapas do estudo.

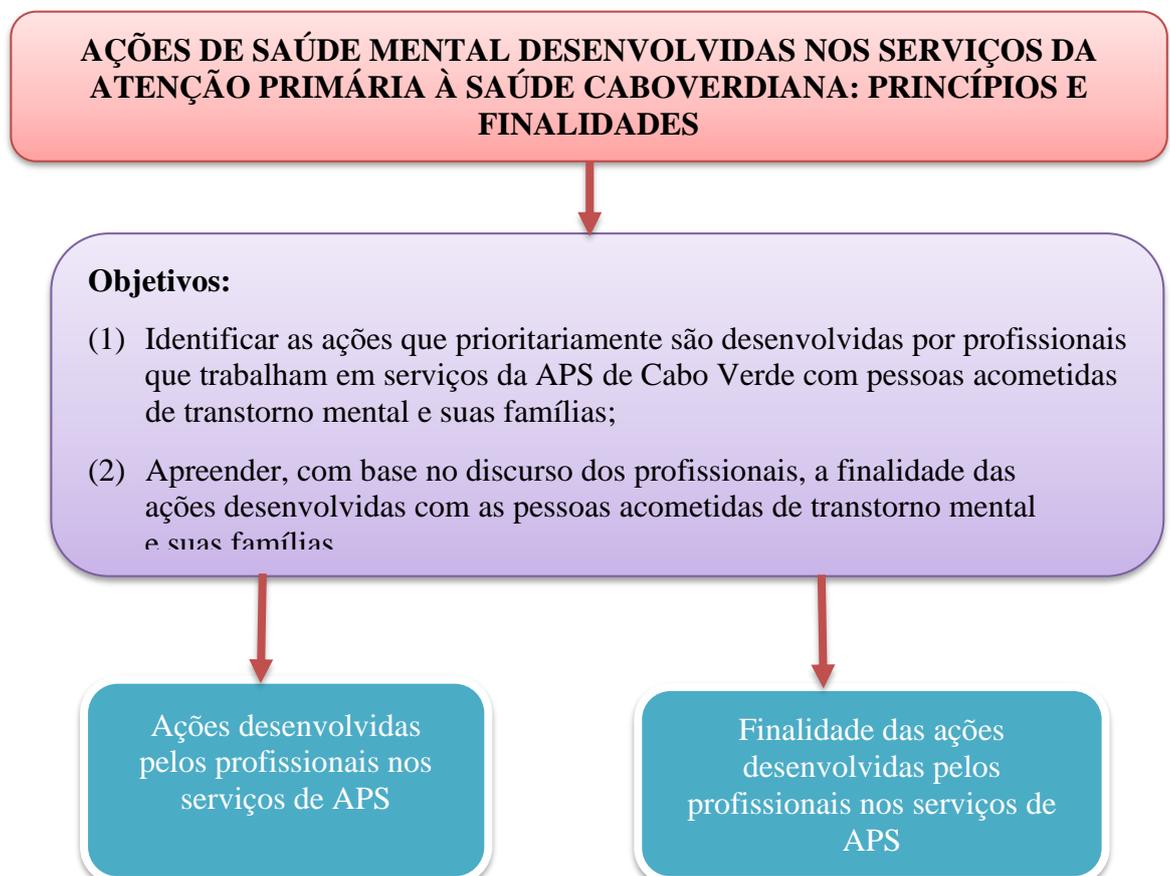
Antecedendo os procedimentos de coleta de dados, o projeto foi apresentado aos participantes que, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), manifestaram sua anuência através da assinatura do mesmo. O TCLE foi apresentado em duas vias, ficando uma de posse do participante e a outra foi arquivada e guardada no GEPEFES, juntamente com os demais dados, pelo período de 5 anos. Após esse prazo serão destruídos.

## 5. RESULTADOS

Este capítulo traz, inicialmente, uma síntese dos princípios e as diretrizes que constam nos documentos institucionais que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a Rede de Atenção Primária à Saúde em Cabo Verde/África. Este material serviu de base para a interpretação dos dados obtidos a partir das entrevistas utilizadas para a coleta de dados. Em seguida é apresentado um quadro com a caracterização dos 43 participantes do estudo.

Na sequência, três artigos com os resultados da pesquisa encerram o capítulo. O primeiro artigo, esquematizado na Figura 4, intitula-se “**Ações de saúde mental desenvolvidas nos serviços da atenção primária à saúde caboverdiana: princípios e finalidades**”, responde ao segundo e terceiro objetivos específicos desta tese. Trata-se de um artigo estruturado de acordo com as normas de formatação publicadas no site: <https://www.scielo.br/j/reeusp/>, conforme esquematizado na Figura 4.

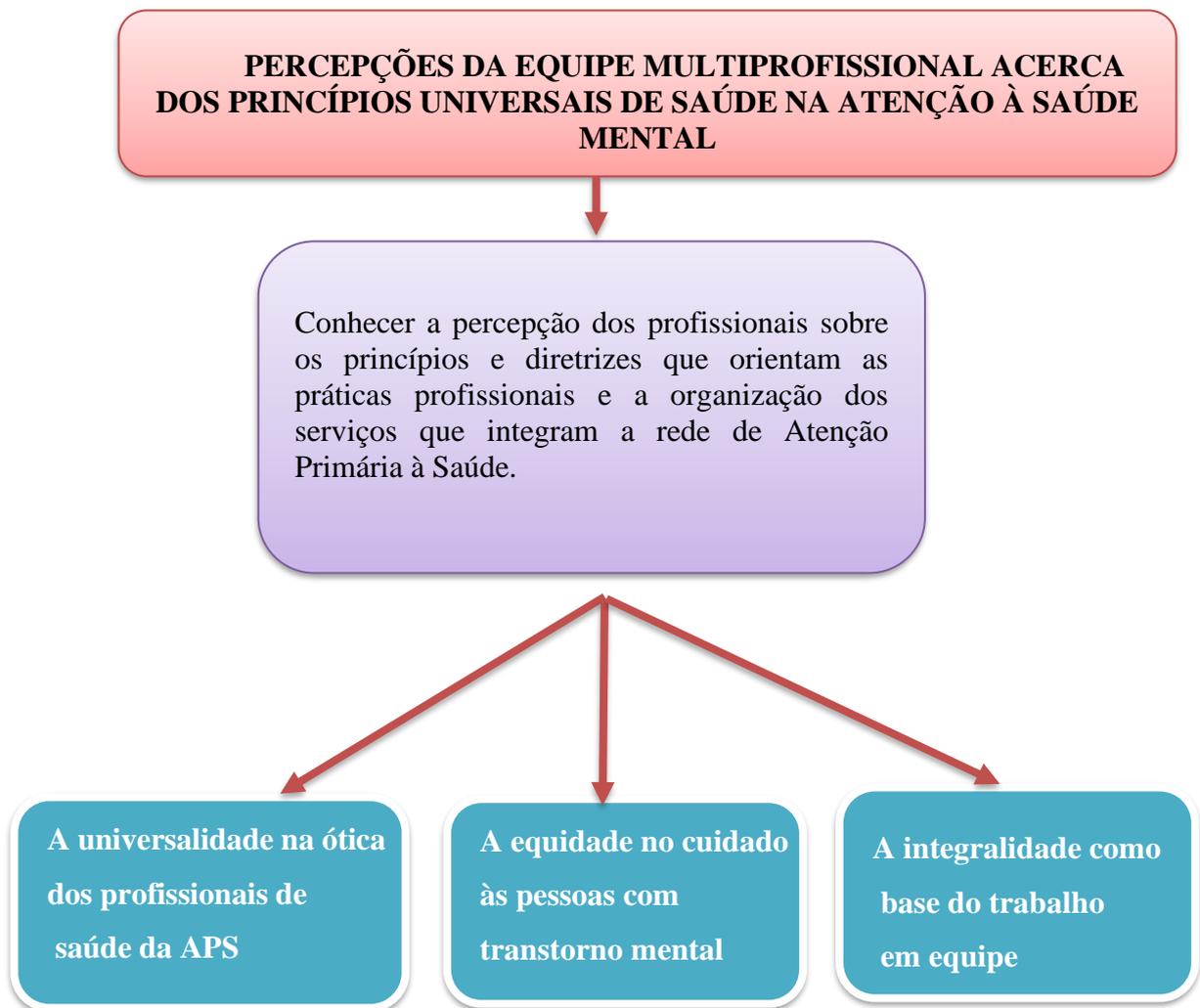
**Figura 4:** Modelo esquemático do artigo I



**Fonte:** Elaborado pela autora

O segundo artigo, intitulado “**Percepções da equipe multiprofissional acerca dos princípios universais de saúde na atenção à saúde mental**”, responde ao quarto objetivo desta tese. Trata-se de um artigo formatado de acordo com as normas publicadas no site: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces> e cujos resultados estão agrupados em três blocos, conforme esquematizado na Figura 5.

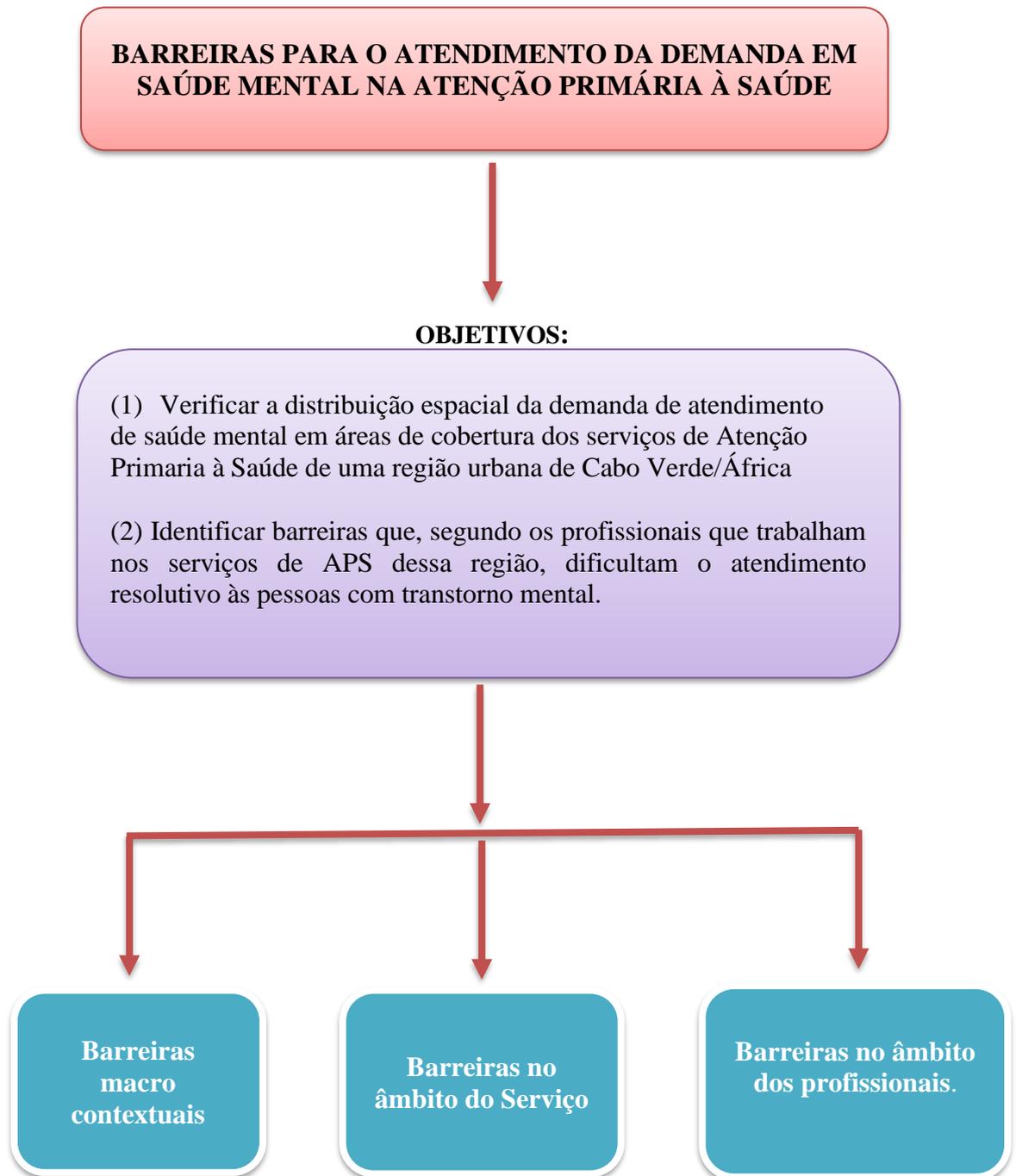
**Figura 5:** Modelo esquemático do artigo II



**Fonte:** Elaborado pela autora

O terceiro artigo intitulado, “*Barreiras para o atendimento da demanda em saúde mental na atenção primária à saúde*”, responde ao quinto objetivo específico desta tese. Trata-se de um artigo formatado de acordo com as normas de publicação divulgadas no site: <https://www.scielo.br/j/rlae/>, cuja estrutura está esquematizada na Figura 6.

**Figura 6:** Modelo esquemático do artigo III



**Fonte:** Elaborado pela autora

## **5.1 SÍNTESE DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES ESTABELECIDOS NOS DOCUMENTOS OFICIAIS**

Os documentos oficiais emitidos pelo Ministério da Saúde de Cabo Verde foram: Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2022-2025); Política Nacional de Saúde (2007-2010)<sup>(13)</sup>; Lei do Internamento Compulsório (2013); Protocolo Terapêutico em Psiquiatria (2017); e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2017-2021). Estes documentos trazem os princípios e as diretrizes para o atendimento na área da Saúde Mental, em Cabo Verde/África.

Em seu conjunto evidencia-se que os princípios e as diretrizes se encontram alinhados com as recomendações internacionais, sendo a Política Nacional de Saúde do país baseada nos princípios da universalidade, em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde; a Integralidade como conjunto articulado de ações e serviços promocionais, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada situação em todos os níveis do sistema (2007-2010).

Em relação aos documentos direcionados aos cuidados de saúde mental: Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2022-2025); Política Nacional de Saúde (2007-2010); Lei do Internamento Compulsório (2013); Protocolo Terapêutico em Psiquiatria (2017), são princípios e as diretrizes sustentados em uma visão integrada da saúde mental como uma prioridade nacional para melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, reforçando que os cuidados necessários envolvem os níveis primário, secundário e terciário, mas, sobretudo, assegurando a sua real integração na atenção primária à saúde, considerando o essencial desempenho desse nível de cuidados para implementação dos objetivos estipulados nos documentos.

Em 2021, foi aprovado o novo Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2022-2025), com o objetivo de promover e proteger os direitos humanos e a dignidade das pessoas com problemas de saúde mental, tendo três principais focos: (1) a melhoria dos serviços existentes; (2) formação, treino e integração de pessoal qualificado; (3) articulação com outros setores, governamentais e não governamentais, tendo como princípios a equidade e a universalidade no acesso a cuidados de saúde a todas as pessoas com problemas de saúde mental; a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, principalmente nos cuidados primários, de modo a facilitar o acesso e diminuir a institucionalização e, sobretudo, evidenciar como a melhoria da saúde mental populacional pode apoiar os esforços para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Para tal, preconiza-se um acesso equitativo aos cuidados de saúde mental, a integração

nos cuidados essenciais de APS e às atividades de promoção da saúde mental, incluindo a prevenção do suicídio junto às famílias e comunidade, a prevenção e o diagnóstico precoce, acompanhamento e garantia de continuidade do tratamento. Estabelece, também, que os cuidados devem ser centrados na pessoa, ao longo do ciclo vital e na recuperação da saúde, orientados nos direitos humanos, ao nível de políticas, serviços e práticas jurídicas; a recomendação para reduzir o estigma e o impacto das perturbações mentais, por meio da coesão social, da resiliência coletiva e da partilha de soluções.

Preconiza, ainda, o desenvolvimento de instrumentos baseados na comunidade, com o envolvimento dos profissionais de saúde, dos familiares e de toda a comunidade no sentido de proporcionar e garantir melhor qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais. Constata-se que os documentos preconizam novos rumos importantes para a saúde mental, que refletem o novo paradigma centralizado na pessoa e não na doença mental e nos ***quatro principais objetivos do plano de ação da OMS para saúde mental*** (2013–2020). Através de diretrizes e estratégias que promovam a liderança efetiva e a governança na saúde mental, disponibilização de serviços, nomeadamente serviços sociais com base nas comunidades, fornecimento de sistemas de informação que sejam capazes de gerar evidências e promover a pesquisa, e implementação de estratégia de promoção da saúde mental e de prevenção dos transtornos.

## 5.2 Caracterização dos participantes dos estudos

<b>Dados Socio-demográficos</b>	<b>Resultados</b>
<b>sexo</b>	
Masculino	37
Feminino	6
<b>Faixa etária</b>	
20-30	5
31-40	19
41-50	11
51-60	8
<b>Estado Cível</b>	
Casado	12
Solteiro	24
União de Factos	5
Divorciado	2
<b>Grau de Escolaridade</b>	
Licenciatura	35
Mestrado	3
Técnicos	3
Pós-Graduação	2
<b>Tempo de formação</b>	
5-10	24
11-15	8
16-20	6
21-25	3
26-30	2
<b>Área de formação</b>	
Enfermagem	17
Médico	13
Assistente Social	5
Psicólogos	5
Técnicos de Enfermagem	3
<b>Vínculo com o serviço (anos)</b>	
5-10 anos	42
15 a 35 anos	1

### 5.3 ARTIGO I

#### **Ações de saúde mental desenvolvidas nos serviços Atenção Primária à Saúde: princípios e finalidades**

##### **RESUMO**

**Objetivo:** identificar as ações desenvolvidas com pacientes e familiares com transtornos mentais, na Rede de Atenção Primária à Saúde em Cabo Verde/África, bem como a finalidade dessas ações. **Método:** Estudo qualitativo desenvolvido com 43 profissionais vinculados a cinco Centros de Saúde da cidade da Praia, ilha Santiago/Cabo Verde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas entre fevereiro e março de 2020 e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** Ações desenvolvidas no atendimento às pessoas com transtornos mentais são distintas, havendo uma desarticulação dos papéis desempenhados pelos profissionais, denotando fragilidades e fortalezas no acolhimento, encaminhamento e atendimento aos pacientes e familiares. **Considerações Finais:** A fraca integração da equipe e o conhecimento sobre as funções desempenhadas no serviço, tem implicações na assistência das pessoas com transtornos mentais e na sua qualidade de vida.

**Descritores:** Transtornos Mentais; Equipe Multiprofissional; Atenção Primária à Saúde; Integração dos serviços de saúde

##### **INTRODUÇÃO**

A saúde é universalmente reconhecida como um direito fundamental, inerente a todas as pessoas. Entretanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em muitos países esse direito tem sido colocado em risco devido aos fatores, sociais, econômicos e ambientais, sobretudo entre os grupos populacionais mais vulneráveis, dentre esses as pessoas com transtorno mental <sup>(1)</sup>.

Para tentar sanar ou amenizar esse problema, importantes agências reguladoras como a OMS recomendam a integração da saúde mental nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma estratégia que favorece as práticas de cuidado integral, a melhoria no acesso aos serviços, a promoção dos direitos humanos, a redução da lacuna entre a prevalência de transtornos mentais e as demandas desses pacientes, assim como a exclusão social <sup>(2)</sup>.

Embora essas recomendações sejam valiosas como ponto de partida para a mudança de modelo assistencial em saúde mental e para a elaboração de políticas públicas em vários países, ainda existe um longo caminho a ser percorrido. Na maioria das vezes, as pessoas com transtornos mentais, não têm acesso aos cuidados básicos de saúde específicos à sua condição e muitas vezes são submetidas à assistência de baixa qualidade e às violações de seus direitos <sup>(3)</sup>.

O Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020 <sup>(4)</sup> da OMS, refere que os sistemas de saúde ainda não responderam adequadamente às demandas associadas aos transtornos mentais em nível mundial. Como consequência, existe um grande déficit entre a necessidade de tratamento dessas pessoas e os meios de atendimento, denotando que ainda não conseguem incorporar nas práticas dos profissionais os princípios e as diretrizes recomendados pelas agências reguladoras, particularmente no que se refere a APS.

É nessa perspectiva que os princípios e diretrizes que orientam a organização dos serviços e as ações dos profissionais assumem relevância como objeto de estudo, tendo em vista que a proximidade desses serviços com os pacientes e seus familiares favorece um atendimento resolutivo. Além disso, tem-se a possibilidade de promover a assistência integral com potencial de transcender o modelo biomédico, incorporando intervenções com impacto mais imediato e adequado na vida dessas pessoas, ou seja, abrangendo, também, os desejos, anseios, valores, crenças, limites e escolhas dos usuários <sup>(5)</sup>.

De maneira similar, o Serviço Nacional de Saúde cabo-verdiano é regido pelos princípios universais e as diretrizes que orientam uma cobertura universal <sup>(6)</sup>. São serviços que preconizam o direito universal à saúde, a integralidade e a equidade na prestação dos cuidados de saúde a todos os indivíduos, independentemente da sua condição de vida ou saúde.

Entretanto, apesar da existência de um consistente arcabouço político, legal e social em Cabo Verde, as necessidades das pessoas com transtornos mentais e suas famílias continuam majoritariamente como uma demanda à deriva, o que compromete a qualidade dos cuidados. Sendo assim, uma vez que esta discrepância é um problema não somente de Cabo Verde, mas de proporções globais, este estudo está direcionado para os profissionais que atuam nos serviços da APS, com o foco nas ações que desenvolvem e nas finalidades destas. Nesta perspectiva, este estudo tem por objetivo: identificar as ações desenvolvidas com pacientes e familiares com transtornos mentais, na Rede de Atenção Primária à Saúde em Cabo Verde/África, bem como a finalidade dessas ações.

## **MÉTODO**

### ***Local de realização do Estudo***

Estudo desenvolvido na cidade de Praia/Santiago, população estimada de 159.027 habitantes <sup>(7)</sup> possui uma rede de serviços de saúde, dentre os Centros de Saúde (CS), foram incluídos cinco onde os dados desta pesquisa foram coletados. O CS é a estrutura de referência do sistema de saúde. É onde são realizados os cuidados essenciais, ou seja, os cuidados integrados de atenção primária que incluem a proteção e a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença e a recuperação da saúde <sup>(8)</sup>. Esses CS estão

organizados com uma equipe multidisciplinar que presta atendimento à população de sua área de abrangência. Funcionam no período das 8h às 15 horas, de segunda a sexta-feira.

### ***Participantes***

Os 43 profissionais que integram as equipes de cinco Centros de Saúde localizados na ilha de Santiago, Cabo Verde foram integrados neste estudo. Destes, 19 são enfermeiros, 13 médicos, cinco psicólogos e seis assistentes sociais. Como critério de inclusão no estudo, considerou-se o vínculo destes profissionais com o serviço por pelo menos seis meses. Foram excluídos os profissionais que, durante o período de coleta dos dados, estavam afastados por férias ou em licença de trabalho. Para garantir o anonimato, estes participantes foram identificados por um código formado pela letra maiúscula “P” (profissional), seguida de um numeral indicativo da ordem de realização das entrevistas.

### ***Coleta dos dados***

Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2020, por meio de entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro constituído de cinco partes. Para este artigo, foram utilizadas as informações relativas a questões sociodemográficas e laborais dos trabalhadores, incluindo: área de formação, grau de formação, tempo de formação, idade, sexo, estado civil e tempo de vínculo no serviço de saúde. Foram utilizadas, também, as questões relacionadas às ações desenvolvidas pelos profissionais, bem como a finalidade que os profissionais atribuem às ações. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes, em horário previamente acordado, mediante sua disponibilidade, de forma a não interferir no funcionamento do serviço, o tempo médio de duração das entrevistas foi de uma hora. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### ***Análise dos dados***

Os dados da entrevista foram submetidos à análise de conteúdo, segundo Bardin <sup>(9)</sup>, utilizando como referencial teórico os princípios de universalidade, equidade e integralidade <sup>(10-12)</sup>. A análise de conteúdo é constituída por três fases fundamentais: Pré-análise, Exploração do material ou codificação e Tratamento dos resultados - inferência e interpretação. Na fase de pré-análise, para sistematizar as ideias foi feita uma leitura flutuante do material, seguida deu-se a organização do corpus de análise, foi identificado os primeiros elementos que constituíram as categorias. Na fase de exploração, foram feitas as operações de codificação, seguido identificadas as palavras-chaves em cada unidade de registro é feita a categorização. Na última fase foi realizada a interpretação dos dados organizados nas etapas anteriores, articulando com o referencial teórico.

### *Aspectos éticos*

O Estudo seguiu as determinações da Resolução n 510/16 <sup>(13)</sup> do Conselho Nacional da Saúde brasileiro, que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos e recebeu aprovação pelo Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde deliberação nº57/2020.

## **RESULTADOS**

As ações desenvolvidas na APS no atendimento às pessoas com transtorno mental, alguns profissionais referiram fazer acolhimento rápido e superficial cuja finalidade é desvencilhar dos pacientes; inclusão inadequada da família nos cuidados sugerindo que o foco prioritário é o funcionamento do serviço em detrimento do paciente e família; enquanto que outros alegaram incluir os pacientes e a família nos cuidados e que realizam a escuta ativa; desarticulação da equipe multidisciplinar

O acolhimento realizado pelos profissionais da APS às pessoas com transtorno mental é rápido porque consideram que são pacientes ansiosos e a demora no atendimento pode intensificar os níveis de ansiedade e agitação. Portanto, o acolhimento é realizado de forma superficial e ineficaz, no sentido de amenizar os sintomas e desvencilhar-se do paciente para que não venham a provocar mudanças na rotina do serviço.

*Quando o doente mental chega no serviço é preciso, sempre ter atenção que é uma pessoa que às vezes demonstra fragilidade no momento de espera ou ainda não sabe receber um não, então é importante darmos prioridade para não congestionamento do serviço e evitar situações maiores posteriormente que podem surgir(P9),*

*Quando tentam despachar o doente da forma mais rápida para se ver livre do mesmo, e ele ir para casa e, muitas vezes, esse atendimento é defeituosa (P4)*

A pessoa com transtorno mental é vista pelos profissionais como instáveis, com dificuldade para compreender o contexto no qual se encontra. Nestes casos, evidencia-se que existe maior preocupação com o funcionamento do serviço do que com a pessoa com transtorno mental.

Quanto às orientações, alguns profissionais relatam orientar as famílias no cuidado da pessoa com transtorno mental, quando solicitado. Destacam que essas ações têm um alcance limitado, tendo em vista que, enquanto profissionais da APS, as atividades são condicionadas pela demanda espontânea e justificam que é devido sobrecarga de trabalho.

*Em relação às famílias, fazemos orientações sempre em cada consulta de como fazer para cuidar do seu familiar. Se precisarem de informações, passamos as informações (P28)*

O atendimento realizado tinha como finalidade desvencilhar-se desses pacientes. Através das falas dos profissionais da APS no atendimento às pessoas com transtorno mental, evidenciam que o encaminhamento não se trata de uma ação que busca resolutividade.

*Aqui, logo que chega um doente mental chamamos a psicóloga, ela quem vai ficar responsável de chamar o médico, encaminhar para outros serviços, caso ela não se encontre no serviço encaminhamos logo para o médico diretor do serviço ou qualquer médico que está de serviço (P8)*

*O enfermeiro não vê que é seu papel, já os médicos, por sua vez, nem todos, mas uma boa parte, sempre cria desculpas de que é uma área complicada e fora de sua especialidade. Geralmente os médicos dizem que a doença mental é uma área específica.... os outros quando percebiam que um doente mental entrava em seus consultórios, eles fechavam a porta, e sobrava para mim que é a psicóloga (P9).*

As falas evidenciam que os profissionais delegam a responsabilidade do atendimento às pessoas com transtorno mental aos colegas com formação na área de saúde mental. Tentam de todas as formas fugir dessa responsabilidade, vendo a pessoa com transtorno mental em parte e não como um todo, em que a parte da saúde mental diz respeito, especificamente, aos profissionais da área. Por outro lado, os profissionais demonstram medo e falta de preparo para o atendimento.

Os profissionais demonstram fragilidade e despreparo para prestar assistência às pessoas com transtorno mental e como forma de colmatar isso encaminham aos colegas com formação na área, aumentando, assim, a sobrecarga e a responsabilidade deles para com as pessoas com transtorno mental.

Enquanto que, outros profissionais preocupam-se em orientar as famílias, passar as informações necessárias para que possam assumir a responsabilidade de cuidarem dos familiares com transtorno mental. Além disso, consideram a escuta ativa como estratégia nas consultas das pessoas com transtornos mentais. Realçam que escutam as queixas e salientam que sempre buscam demonstrar tranquilidade durante o diálogo e atenção nas consultas como forma de estabelecer vínculo com os pacientes.

*Conversar, falar de forma clara, demonstrar que não são diferentes das outras pessoas, transmitir uma certa segurança (P15)*

*...Estratégia que nós usamos é a escuta ativa, vamos ouvi-lo, vemos o que ele precisa e depois fazemos o encaminhamento para serviços que ele tenha necessidade (P28)*

*Calma, conversar normalmente, demonstrar interesse de forma a conseguir confiança e ajudar no que ele precisar (P37)*

Observa-se que, para esses profissionais, o diálogo e a escuta ativa são utilizados como estratégia de aproximação dos pacientes, adquirindo sua confiança. Os profissionais enfatizam que aproveitam a presença do acompanhante/família durante as consultas, pois lhes propicia maior segurança na realização

do atendimento, como também ao paciente, pois tem ao lado uma pessoa que lhe é familiar e que lhe transmite confiança, estando num ambiente estranho.

## DISCUSSÃO

As ações referidas pelos participantes do estudo, sugerem que existem limitações e fortalezas na equipe multidisciplinar que influenciam a inserção da saúde mental no âmbito dos serviços da Atenção Primária à Saúde. O acolhimento referido por alguns profissionais sugere que todas as estratégias não foram incorporadas, na medida em que é feita de forma rápida, superficial e com intuito de desvencilhar-se do utente, evidenciando dificuldade em manejar o ambiente quando o paciente fica agitado.

Essas fragilidades apontadas, assinalam barreiras no cuidado integral às pessoas com transtorno mental, pois são serviços que a princípio vão fazer um acompanhamento a longo prazo desses pacientes, sendo importante além de atender suas necessidades e dos seus familiares, bem como também a articulação com a equipe multidisciplinar<sup>(14)</sup>. Pois, esse serviço se configura uma porta de entrada para dos pacientes e das famílias, pode comportar de modo a adotar uma multiplicidade de estratégias de assistência que permitem um acesso integral aos serviços, com práticas de acolhimento e encaminhamento que visam promover intervenções eficazes.

O acolhimento se constitui em uma ferramenta essencial para a inserção e permanência dos usuários dos serviços de saúde. Em um estudo realizado apontaram que, os profissionais que atuam nos serviços da APS o acolhimento surge como um dispositivo irrestrito a um espaço físico de recepção e de continuidade de atendimento ao usuário<sup>(15)</sup>. É construído de forma coletiva e tem a finalidade de estabelecer relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes, serviços, profissionais de saúde e o usuário e a sua rede socioafetiva<sup>(16)</sup>.

Outro estudo aponta que o encaminhamento das pessoas com transtornos mentais para outros profissionais e serviços especializados, em razão de sentimento de insegurança, medo no atendimento a esses pacientes e pela falta de capacitação. Esse achado corrobora com evidências de um estudo de revisão que revela que as ações dos profissionais se restringem em acolher e encaminhar, transferindo a responsabilidade do cuidado para outros serviços, tornando esse cuidado burocrático, fragmentado e voltado ao modelo biomédico<sup>(17)</sup>. E em situações de crise, outro estudo aponta que os profissionais relataram ter capacidade de manejo limitada, justificando pelo fato de ter uma infraestrutura limitada e o excesso de demanda<sup>(14)</sup>.

O acesso aos serviços de APS e de qualidade é essencial para pacientes e familiares, sendo possível garantir os direitos fundamentais, podendo promover a autonomia e a participação da família nos cuidados, e a sua inserção na comunidade. Isso só é possível com o estabelecimento de estratégias que superem a fragmentação que ocorrem dentro da equipe e entre serviços. A saúde mental em Cabo Verde, de acordo com a Política de Saúde Mental 2021-2025 <sup>(18)</sup> que visa a universalidade, a multisetorialidade e boas parcerias, envolvendo a família, a sociedade civil, o setor privado, governos e organizações não-governamentais.

A participação da família auxilia no processo terapêutico e na recuperação, podendo compartilhar responsabilidades com as equipes de saúde. Além disso, a inclusão da família deve ser de forma a dispensar espaços que eles possam ser atendidos, acompanhados e orientados, para que seja possível superar barreiras que condicionam o cuidado contínuo como as condições socioeconômicas, sobrecarregados durante o cuidado ou até mesmo crenças e estigmas culturalmente enraizadas <sup>(14)</sup>. Os resultados do estudo evidenciam o envolvimento inadequado dos familiares da pessoa com transtorno mental, na medida que delegam a responsabilidade do cuidado à família. A responsabilização pelo cuidado do familiar doente tal como referida pelos profissionais, pode ter implicações no curso da doença, na sobrecarga do cuidador, na gestão do cuidado e nas relações familiares e sociais.

Um estudo realizado anteriormente pelo primeiro autor e seus colaboradores já apontava dificuldades enfrentadas pelas famílias das pessoas com transtorno mental como a falta de suporte por parte de profissionais, dos serviços de saúde e da rede social, acrescentando, ainda, o fato de não se sentirem incluídos no processo de cuidado e com limitada capacitação para cuidar do familiar doente <sup>(19)</sup>. Embora o envolvimento e o suporte inadequado das famílias das pessoas com transtorno por parte dos profissionais sejam uma realidade, tem havido um movimento no contexto cabo-verdiano no intuito de viabilizar a implementação de intervenções para facilitar a participação efetiva das famílias no cuidado a médio e longo prazo, conforme preconizado a Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental <sup>(19)</sup>, que encontra em fase de implementação.

O engajamento da família assim como também preconizado pela OMS, pode levar a melhores desfechos para o paciente, como menos recaídas, redução das internações hospitalares, melhor conformidade com os planos de medicação e tratamento, redução da gravidade dos sintomas, redução do comprometimento geral, melhorias qualidade de vida, facilitar o acesso aos serviços de saúde mental, alívio da carga e do estresse dos cuidadores <sup>(20)</sup>.

Assim sendo, torna-se imprescindível reconhecer a família como peça-chave, que pode assumir diferentes papéis, porém nunca substitutiva do familiar que vivencia o sofrimento psíquico. Os profissionais

de saúde têm a possibilidade de contribuir na participação das famílias no cuidado da pessoa com transtorno mental através de ações que visam identificar as necessidades dessas famílias, empoderá-las, e que sejam partícipes no processo de saúde e doença mental.

Espera-se que as ações realizadas pelos profissionais sejam embasadas nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e alinhadas à agenda global, que tem por foco a qualidade da saúde e serviços na obtenção da cobertura universal de saúde em todos os países, pois essas diretrizes aumentam a probabilidade de resultados desejados <sup>(18)</sup>.

Embora se reconheça que a implementação dos serviços da APS em Cabo Verde seja recente, e que certamente requer tempo para reorganização de sua estrutura para atender às demandas da população, não se justifica que as ações não respondam efetivamente às necessidades das pessoas com transtorno mental e das suas famílias. No entanto, torna-se necessário reestruturação dos serviços considerando os fatores contextuais e sociais que influenciam no processo de saúde e doença.

Um estudo realizado com gestores também identificou que a saúde mental não está totalmente incorporada na lógica de cuidados dos serviços da APS. Neste sentido, a integralidade se configura como uma direção de trabalho para as práticas de saúde mental centradas no sujeito, mas também dos serviços comunitários existentes. A equidade encontra dificuldades de se materializar na prática, pelo que pode ser necessário melhorar a organização dos serviços para atender as diferentes demandas, além de considerar o usuário na sua singularidade <sup>(21)</sup>.

Outro estudo feito no Canadá, mostra que na APS há dificuldades em gerenciar os desafios, como não se sentir preparado em termos de habilidades e de recursos necessários para responder de forma efetiva às necessidades dos pacientes. Podendo de alguma forma influenciar as formas de estigma e discriminação, e que também mesmo nessas condições o estudo chama atenção que o trabalho de equipe, como uma organização mais comunicativa e inclusiva é possível desempenhar as funções específicas na integração da saúde mental na APS <sup>(22)</sup>.

Também em contextos sociais desenvolvidos como o Canadá, a falta de direção estratégica para a saúde mental, repasse injusto de recursos foram apontadas como fatores que dificultam a integração bem-sucedida da saúde mental na APS tem sido dificultada. Neste sentido, equidade em saúde também pode ser restringida pelas variações estruturais para o cuidado em saúde mental e pelos modelos de Atenção à Primária <sup>(23)</sup>.

Um estudo de revisão sistemática que tinha por objetivo fornecer um mapa de evidências acerca das estratégias para fortalecer a prestação de serviços de saúde mental na APS que incluiu estudos de países de

baixo, médio e alto rendimento, predominando estudos de países de alta renda descreveu um conjunto de estratégias que auxiliam na sua integração. As mais relatadas incluíam capacitar as famílias, cuidadores e pacientes, integração do cuidado ou intervenções colaborativas, práticas de saúde apoiadas por processos eletrônicos e tecnologias da mídia social, pois tem o potencial de impactar os indicadores em nível do paciente, hospitalar e social <sup>(24)</sup>.

Em uma pesquisa que procurou avaliar a qualidade do cuidado de saúde mental nas equipes constatou que a atenção à saúde mental não acompanha de forma linear a estruturação da APS, exigindo esforços adicionais para a sua implementação. Os atributos essenciais que mais contribuíram para a melhor oferta de cuidados com boa qualidade foram a integralidade e coordenação <sup>(25)</sup>.

No caso de Cabo Verde, ainda que assumida um discurso de priorização da saúde mental em nível do sistema de saúde, na prática constata-se uma contradição que perpassa o nível central e a nível dos municípios e com disparidades em nível regional. Esta situação pode estar associada ao fato de que em outras áreas como por exemplo a saúde sexual e reprodutiva, saúde da criança recebem maior priorização, maior investimento de recursos e se observa um consistente engajamento do sistema em detrimento da saúde mental.

Entretanto, além da reestruturação dos serviços, transformações no processo do trabalho precisam ocorrer. Mudanças nos processos de trabalho dos profissionais perpassam a compreensão ampliada do processo de saúde e doença mental e que ultrapasse a visão biologicista e médico centrada <sup>(26)</sup>. Além disso, estudo aponta que também a escassez de medicamentos, carga horária excessiva, o estigma, dificuldades em gerenciar o paciente em crise e as abordagens terapêuticas <sup>(14, 27)</sup>.

Nesta perspectiva, a formação e a supervisão dos profissionais da APS na implementação das intervenções foram apontadas como possíveis estratégias que podem levar ao fortalecimento do sistema para melhor atender às necessidades dos pacientes, conforme os resultados de um estudo realizado no Nepal. Para isso, são necessários insumos financeiros e coordenação substanciais na sua implementação <sup>(27)</sup>.

Alcançar a integralidade, equidade e universalidade em saúde mental requer o envolvimento das diferentes estruturas sociais, das pessoas com transtorno mental, das suas famílias e das comunidades. Deste modo, o papel das equipes multidisciplinares de saúde na APS são cruciais para o fortalecimento da dinâmica da equipe para melhorar o atendimento em saúde mental e, conseqüentemente a concretização das recomendações, e na qualidade de vida dos pacientes com transtornos mentais e, também, para a família.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações realizadas APS são realizadas de formas distintas pelos profissionais de saúde no atendimento às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, em que se nota diferentes abordagens tendo em conta a formação acadêmica e o serviço. Por um lado, temos ações realizadas de forma rápida e superficial, tendo como principal finalidade desvencilhar-se desses pacientes e encaminhá-los a outros profissionais e serviços especializados. E de outro tem profissionais que tentam incluir as famílias do paciente e realizar a escuta ativa, podendo identificar as necessidades e garantir o cuidado tendo por base os direitos fundamentais das pessoas com transtorno mental.

Esses achados evidenciam que existem pontos fracos e fortes na concretização na íntegra dos princípios que visam garantir os seus direitos e dignidade dos doentes mentais na APS, refletindo na assistência com fragilidades inter e intra serviços. Ademais, esses resultados corroboram com as fraquezas sinalizadas no Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2021-2025) em nível interno que dificulta a equidade, integralidade e universalidade.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Mental health in Primary care: illusion Or inclusion? 2018 [https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/mental-health.pdf?sfvrsn=8c4621d2_2)
2. Mapanga W, Casteleijn D, Ramiah C, Odendaal W, Metu Z, Robertson L, Goudge J. Strategies to strengthen the provision of mental health care at the primary care setting: An Evidence Map PLoS One. 6 de setembro de 2019; 14 (9): e0222162. doi: 10.1371 / journal.pone.0222162.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Direito é Qualidade. 1ª edição – Brasília, 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9788533423282\\_por.pdf;jsessionid=D1386544B6707D47937252C1B41AB4B5?sequence=53](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9788533423282_por.pdf;jsessionid=D1386544B6707D47937252C1B41AB4B5?sequence=53)
4. World Health Organization. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)
5. Junior MG, Tobias GC, Teixeira CC. Saúde mental na atenção primária à saúde. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 17, n. 60, p. 101-116, abr./jun., 2019. [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/5582](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5582)
6. Cabo Verde. República de Cabo Verde Ministério da saúde. Lei de Base do Serviço Nacional de Saúde. <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/legislacaoms/7-lei-de-base-sns/file>
7. Cabo Verde. Instituto Nacional de Estatística. Praia, 160 anos. Dados estatísticos sobre a cidade da Praia.19372017. In: <http://ine.cv/wpcontent/uploads/2018/06/160-anos-praia.pdf>.
8. Cabo Verde. República de cabo verde Ministério da saúde. Centros de Saude.2013

<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/atencao-primaria-secundaria/centros-de-saude>

- 9 Bardin, L. Análise de conteúdo. edição revista e ampliada. são paulo: edições 70 brasil, [1977] (2016).
10. Sousa, AMC. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. R. Katál., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014.  
<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>
11. Barros, FPC, Sousa, MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016.  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf>
12. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde debate | Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out- dez 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n 510, de 7 de abril de 2016. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
14. Sampaio, M.L., Bispo Júnior, J.P. Towards comprehensive mental health care: experiences and challenges of psychosocial care in Brazil. BMC Public Health 21, 1352 (2021).  
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11397-1>
15. Silva PMC, Costa NF, Barros DRRE, Silva JJA, Silva JRL, Brito TS. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. Rev Cuid. 2019; 10(1): e617.  
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.617>
16. Silva, TF, da et al. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe4 [Acessado 13 Outubro 2022] , pp. 249-260. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S420>>.
17. Simão C, Vargas D, Pereira CF. Intervenções de enfermagem em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE01506
18. Cabo Verde. Ministério da Saúde e Segurança Social. Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental 2021-2025; <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/direcao-nacional-de-saude/saude-mental/572-plano-estrategico-saude-mental/file>
19. Moniz, ASB, et al. Needs of families living with mental illness in Cabo Verde. Escola Anna Nery 24(2)2020. <https://www.scielo.br/j/ean/a/8NpSGbz56rF9xF9sbY6LTQK/?lang=pt>
20. Ong HS, Fernandez PA, Lim HK. Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. Singapore Med J. 2021 May;62(5):213-219. doi: 10.11622/smedj.2021057.
21. Souza AC, Amarante PD, Abrahão AL. Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1677-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>
22. Murney MA, Sapag JC, Bobbili SJ, Khenti A. Stigma and discrimination related to mental health and substance use issues in primary health care in Toronto, Canada: a qualitative study. Int J Qual Stud Health Well-being. 2020 Dec;15(1):1744926. doi: 10.1080/17482631.2020.1744926.

23. Ashcroft R, Menear M, Silveira J, Dahrouge S, Emode M, Booton J, McKenzie K. Inequities in the delivery of mental health care: a grounded theory study of the policy context of primary care. *Int J Equity Health*. 2021 Jun 19;20(1):144. doi: 10.1186/s12939-021-01492-5.

24. Mapanga W, Casteleijn D, Ramiah C, Odendaal W, Metu Z, Robertson L, Goudge J. Strategies to strengthen the provision of mental health care at the primary care setting: An Evidence Map. *PLoS One*. 2019 Sep 6;14(9):e0222162. doi: 10.1371/journal.pone.0222162.

25. Lima AMJ, Andrade EIG, Mata-Machado AT, Santos AF. Por que a assistência em saúde mental não acompanha a estruturação da atenção primária? *Rev Saude Publica*. 2021;55:99. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003344>

26. Barros S, Nóbrega MPSS, Santos JC, Fonseca LM, Floriano LSM. Mental health in primary health care: health-disease according to health professionals. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1609-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>

27. Upadhaya N, Jordans MJD, Adhikari RP, Gurung D, Petrus R, Petersen I, Komproe IH. Evaluating the integration of chronic care elements in primary health care for people with mental illness: a longitudinal study in Nepal conducted among primary health care workers. *BMC Health Serv Res*. 2020 Jul 9;20(1):632. doi: 10.1186/s12913-020-05491-0.

## 5.4 ARTIGO II

### PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ACERCA DOS PRINCÍPIOS UNIVERSAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

### PERCEPTIONS OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM ABOUT THE PRINCIPLES UNIVERSAL HEALTH IN MENTAL HEALTH CARE

O objetivo do estudo foi conhecer a percepção dos profissionais de saúde de Cabo Verde/África que atuam na atenção primária à saúde, sobre os princípios universais de saúde que orientam as práticas assistenciais às pessoas com transtorno mental. Estudo qualitativo, desenvolvido com a equipe multiprofissional, no período de fevereiro a março de 2020. Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas. Os profissionais apresentam limitação e confusão quanto ao conhecimento dos princípios universais de saúde, não reconhecem suas limitações na aplicabilidade às pessoas com transtorno mental e consideram que a atenção primária não é o serviço mais adequado ao atendimento de desordens mentais.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Universalidade, Saúde mental,

#### ABSTRACT

The objective of the study was to know the perception of health professionals in Cape Verde/Africa who work in primary health care, on the universal health principles that guide care practices for people with mental disorders. Qualitative study, developed with the multidisciplinary team, from February to March 2020. Data collection was carried out through semi-structured interviews. Professionals present limitations and confusion regarding the knowledge of universal health principles, they do not recognize its limitations in applicability to people with mental disorders and consider that primary care is not the most appropriate service for the care of mental disorders.

**Keywords:** Primary Health Care, Universality, Mental health.

#### INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população destaca a Atenção Primária à Saúde (APS) como o principal ponto de atenção, porta de entrada preferencial dos serviços de saúde e com forte inserção territorial, na qual ordena os fluxos e contrafluxos, abarcando a pessoa em sua singularidade, buscando produzir atenção integral. Segundo Política Nacional de Atenção Básica (2017), incluindo as demandas de ordem psíquica. Por estas robustas características, preconiza-se que a APS seja o contato prioritário para as pessoas com desordens mentais, por possuir condições técnicas e profissionais capazes de dar resolutividade às suas demandas, na qual, cresce exponencialmente ao longo do tempo (Morais et al., 2021).

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS), os transtornos mentais acometem 25% da população mundial em alguma fase da vida, totalizando aproximadamente 20% da demanda da APS. Por outro lado, a OMS destaca que apenas 25% dos Estados Membros relataram a integração da saúde mental nos cuidados primários. Esse dado é estimado com base na adoção de diretrizes para a atenção primária, na provisão de intervenções farmacológicas, intervenções psicossociais, treinamento em saúde mental no nível da APS e o envolvimento de especialistas em saúde mental na formação e supervisão de profissionais da atenção primária (WHO, 2020).

Inclui-se neste contexto, que a África também faz parte dos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com outras regiões do mundo, que contribui para o progresso na implementação do Plano de Ação de Saúde Mental (WHO, 2020), e na perspectiva de superar o cenário de impasses frente à efetividade da saúde mental na APS é necessário que os profissionais que realizam cuidados nestes serviços estejam aptos para atender as demandas dos pacientes com transtornos mentais, promovendo atenção integral à pessoa, na concepção de contribuir para consolidar os direitos universais à saúde, com o objetivo de ampliar a promoção da saúde.

Leva-se em conta que as pessoas com transtornos mentais, na maioria das vezes, são vistas pelos profissionais de saúde com inúmeros estigmas e preconceitos que podem gerar barreiras para criação de vínculos fortalecidos. Além disso, os profissionais, em relação ao atendimento as pessoas com transtorno mental, apresentam fragilidades em comparação aos outros atendimentos, podendo levar a sentimentos como impotência e autodepreciação. A dificuldade em lidar com esses sentimentos pode gerar distanciamento e resistência na prestação de cuidados às pessoas com transtornos mentais na APS.

Dessa forma, para assegurar a efetividade do cuidado e, ao mesmo tempo, solidificar a saúde mental nos serviços de APS, tornar-se imprescindível construir um caminho promotor de acolhimento e escuta às pessoas com transtornos mentais. Isso equivale à prestação de um cuidado humanizado e integral, partindo do pressuposto a garantia da universalidade, equidade e da integralidade da atenção à saúde às pessoas com transtornos mentais nestes serviços da rede de atenção.

A partir de bases documentadas, a APS se constitui em um campo apropriado para concretizar os princípios e diretrizes universais de saúde na assistência às pessoas com transtorno mental (Brasil, 2013; Cabo, Verde 2021). No entanto, um dos principais desafios envolve, sem dúvida, o treinamento dos profissionais para atuar frente as necessidades das pessoas com transtorno mental. O papel de profissionais de saúde não especialistas em saúde mental, principalmente os que atuam na APS, é portanto, um elemento fundamental para o alcance dos objetivos de garantia dos seus direitos e aplicação dos princípios universais, bem como, a qualificação assistencial às pessoas com transtornos mentais (Ortega & Wenceslau, 2015).

Neste entremeio, os profissionais que atuam na APS devem possuir conhecimentos de base, incluindo os princípios e diretrizes, como a Universalidade, Equidade e Integralidade, bem como habilidades que garantam assistência qualificada às pessoas com transtornos mentais (Pereira et al., 2020). Diante disso, precisam apropriar-se de documentos que ambasam sua prática profissional para conseguir apreender o conhecimento, tomar decisões e desempenhar suas intervenções de maneira legal, para conseguir dar resolutividade às desordens mentais, evidenciando o protagonismo do paciente no planejamento do cuidado.

Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo é conhecer a percepção dos profissionais que atuam na rede de Atenção Primária em Saúde de Cabo Verde/África, acerca dos princípios universais de saúde que orientam as práticas assistenciais às pessoas com transtorno mental.

## **Metodologia**

Estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido em cinco Centros de Saúde (CS), com profissionais atuantes na APS, que realizam assistência às pessoas com transtorno mental na cidade de Praia, Ilha de Santiago, em Cabo Verde/África.

Os dados foram coletados no período entre fevereiro a março de 2020, com 43 profissionais que compuseram a equipe multiprofissional, incluindo 19 enfermeiros, 13 médicos, cinco psicólogos e seis assistentes sociais. Para garantir o anonimato dos participantes, foram identificados por um código formado da letra maiúscula “P” (de profissional), seguida de um numeral indicativo na ordem de realização das entrevistas. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora primária, em data e horário previamente combinados com os profissionais dos CS, no ambiente de trabalho, sempre lhes conferindo privacidade.

Todos os participantes receberam informações no que tange à pesquisa, como objetivo, justificativa, riscos e benefícios, bem como questões legais e éticas. Após a concordância em participar, os profissionais responderam a entrevista, que foi gravada e após transcrita na íntegra.

Os participantes eram profissionais que integravam as equipes do CS e que faziam parte da delegacia de saúde da cidade de Praia. Para o recrutamento dos participantes obteve-se a ajuda dos diretores e enfermeiros dos serviços de saúde. Como critério de inclusão no estudo, considerou-se o vínculo dos profissionais atuantes há pelo menos seis meses no serviço, e excluídos os profissionais que estavam em férias ou em licença de trabalho durante o período de coleta de dados.

## **Etapas de desenvolvimento do estudo**

Realizou-se a coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada, contemplando questões sociodemográficas e laborais dos trabalhadores, incluindo: área de formação, grau de formação, tempo de formação, idade, sexo, estado civil e tempo de vínculo no serviço de saúde. A outra parte da entrevista foi direcionada a investigar a percepção dos profissionais acerca dos princípios universais que orientam à assistência à saúde às pessoas com transtorno mental: universalidade, equidade e integralidade.

## **Análise dos dados**

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, segundo (Bardin, 2016). Na fase de pré-análise, para sistematizar as ideias iniciais, foi feita uma leitura flutuante do material de forma a familiarizar-se com o conteúdo. Em seguida, deu-se a organização do *corpus* de análise que é formado pelas informações das entrevistas. Nessa fase, identificou-se os primeiros elementos que constituíram as categorias.

Na fase de exploração do material foram feitas as operações de codificações do material, considerando os cortes de texto em unidades de registo, em seguida foram identificadas as palavras-chave em cada unidade de registo, com vista a fazer a primeira categorização. Na segunda fase, foram organizadas as categorias mediante a aproximação dos temas. Assim, as categorias intermédias, que foram organizadas pela frequência, deram origem as categorias finais. Na última fase, foi realizada a interpretação dos dados, organizado nas etapas anteriores a fim de realizar a discussão dos resultados.

O estudo recebeu aprovação pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde do Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde/África sob Deliberação nº 57/2020.

## **Resultados**

Dentre os 43 participantes, 37 eram do sexo feminino e seis do sexo masculino, 24 eram solteiros, 12 casados, cinco em união estável e dois divorciados. Relacionado a faixa etária, 19 profissionais tinham entre 31 a 40 anos, 11 estavam na faixa entre 41 a 50 anos, oito entre 51 a 60 anos e cinco tinham entre 20 a 30 anos. Em relação ao grau de formação, 35 tinham graduação, três tinham mestrado, dois tinham pós-graduação *lato sensu* e três tinham formação técnica.

Quanto ao tempo de formação, 24 profissionais tinham entre cinco a 10 anos, oito entre 11 a 15 anos, seis entre 16 a 20 anos, três entre 21 a 25 anos e dois tinham entre 26 e 30 anos de formação. A área de formação predominante era enfermagem com 17 profissionais, 13 eram médicos, cinco eram

assistentes sociais, cinco eram psicólogos e três eram técnicos de enfermagem. Em relação ao vínculo com o serviço, 42 profissionais atuavam entre cinco a 10 anos, enquanto que, de 15 a 35 anos de vínculo, correspondia apenas a um funcionário.

### **Percepção dos profissionais acerca dos princípios universais de saúde**

As percepções dos profissionais identificadas sobre os princípios de universalidade, equidade e integralidade foram agrupadas em temáticas iniciais, levando em consideração o maior número de respostas semelhantes. Em seguida, cada agrupamento foi examinado em sua interioridade e desmembrado em quatro categorias denominadas: A universalidade na ótica dos profissionais de saúde da APS; A equidade no cuidado às pessoas com transtorno mental; A integralidade como base do trabalho em equipe.

#### **A universalidade na ótica dos profissionais de saúde da APS**

A primeira categoria, constituída pela percepção acerca do princípio universalidade foi desmembrada em três perspectivas: (1) Atender indiscriminadamente a todas as pessoas que buscam atendimento no serviço; (2) Padronização no atendimento em todos os serviços; (3) Acesso aos serviços.

A primeira perspectiva, representa a percepção de 25 profissionais que compreendem a universalidade como atender a todas as pessoas que procuram atendimento nos serviços da APS, sem levar em conta marcadores de diferença social, como observa-se nas seguintes falas:

É atender a todos e dar assistência a todos os pacientes que vierem ao centro de saúde, independentemente de raça, cor, sexo. Isto é, atender a todos que aqui chegam. (P5)

É atender todas as pessoas. (P17)

É atendimento generalizado que abrange todo o conteúdo da população, todas as queixas, todas as necessidades e aqui, sem ser áreas específica ou de especialização, escutamos todas os problemas. Tentamos resolver e dar solução para problemas que escutamos aqui e os que não conseguimos dar respostas, damos encaminhamento para hospital de referência. (P23)

Quando questionados, os profissionais identificam que as ações devem ser garantidas a todas as pessoas, como preconizado pelo princípio da universalidade. No entanto, relacionam a um atendimento generalizado e indiscriminado, realizado em qualquer etapa do ciclo vital, independentemente de haver ou não resolutividade frente às demandas, pois constatam que nem todas as necessidades são atendidas neste serviço e há necessidade de encaminhamentos para outros serviços.

A segunda perspectiva, contempla a percepção de dez profissionais que concebem a universalidade como a padronização do atendimento em todos os serviços da APS, independente do lugar ou do serviço, como pode ser observada nas falas:

Universalidade acho que é um atendimento que eu faço no centro saúde cinco. É igual ao que é feito no centro de saúde três, ou em Portugal, na América. É um atendimento em que todos os profissionais de saúde acabam por aderir. (P33)

É o atendimento que é utilizado em diversos sistemas a nível mundial, que é imposto pela OMS e em cada sistema de saúde é aplicado igual. (P43)

Alguns profissionais entendem que a universalidade refere-se a uma uniformização do atendimento entre os serviços da APS mundialmente, a partir de legislação universal, incluindo normas, protocolos e diretrizes recomendadas pela OMS, ou pelo próprio sistema de saúde local, os quais devem ser aplicados da mesma forma pelos profissionais. Essa padronização refere-se aos horário e formas de atendimento, o pagamento de taxas, medicamentos utilizados, orientações aos pacientes, entre demais rotinas.

Identifica-se que os profissionais não relatam sobre a importância de elaborar um atendimento diferenciado aos sujeitos com problemas singulares, como por exemplo, aos pacientes com transtorno mental, uma vez que requerem assistência capacitada, principalmente nos momentos de agudização da doença mental.

A terceira perspectiva integra a percepção de sete profissionais, que consideram universalidade como sinônimo de acesso aos serviços de saúde, ou seja, todas as pessoas devem conseguir ingressar aos serviços, independente das condições econômicas, sexo, religião ou crença. Os profissionais destacam que a facilidade do acesso aos serviços da APS é uma realidade no país, pois atualmente existem CS em localidades urbanas que abrangem cobertura para regiões das periferias da cidade, o que facilita maior rapidez no acesso aos serviços de saúde.

É quando todas as pessoas têm acesso aos serviços de saúde independentemente de suas condições econômicas, religiosas ou de qualquer natureza. (P24)

Quando falamos de universalidade, falamos que em Cabo Verde temos consultas para todos os pacientes, então todos tem acesso universal a saúde. (P14)

O acesso, as estruturas de saúde são todos próximos, qualquer pessoa tem uma média de 30 minutos ou uma hora para chegar a qualquer estrutura de saúde em Cabo Verde. (P11)

A Universalidade é um princípio que define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Para se fazer garantir esse direito, o Estado deve elaborar políticas públicas, serviços de saúde e recursos humanos capacitados a atender e dar resposta resolutiva as demandas da população.

A partir dos relatos, os profissionais levam em conta somente a ideia da distribuição geográfica dos serviços e entendem que, o fato de existir um serviço construído próximo a comunidade, que diminui a distância física de acesso e atende a todos, é sinônimo de universalidade. No entanto, não agregam a ideia sobre as dificuldades pessoais do usuário para a adesão, vinculação e continuidade do cuidado, incluindo as limitações peculiares das pessoas acometidas com transtorno mental.

### **A equidade no cuidado às pessoas com transtorno mental**

Essa segunda categoria não foi desmembrada em perspectivas, pois houve certa unanimidade na percepção dos profissionais de saúde sobre o conceito de equidade, entendido como um atendimento igualitário a todos.

Os profissionais entendem que a equidade é a assistência a todos os usuários sem diferenciação e discriminação, destacando que os aspectos para efetivar esse conceito e garantir atendimento igualitário, se dá pelo acesso gratuito aos medicamentos, consultas para os paciente e familiares de baixa renda e igualdade na distribuição de assistência em termos de gestão em saúde. Todas as pessoas devem ter acesso, de forma igualitária aos bens e serviços disponibilizados na APS, como pode ser observada nos seguintes depoimentos:

Equidade implica um atendimento sem diferenciação, sem escolher o fator rico ou pobre, sem escolher o fator político. Nós primamos para um atendimento igual ou idêntico para todos os doentes que procuram o nosso centro. (P23)

É criar condições para que todos pacientes, incluindo o doente mental, sejam atendidos com plenitude aonde conseguem ter acesso a tudo aquilo que é bens e serviços no âmbito da saúde. E uma dessas condições é a questão do medicamento inclusivo para saúde mental, que hoje em Cabo Verde, já lá vão dez anos, é gratuito, exatamente para poder facilitar e apoiar as famílias de baixa renda ou então por não terem condições de suprir essa necessidade. (P9)

Cabe destacar que 14 participantes, embora tenham se referido à equidade como atender a todos da mesma forma, reconhecem fragilidades ou dificuldades em relação ao atendimento de forma equânime. Expressam que uma das fragilidades tem sido a diferenciação no atendimento por partes dos profissionais que, por vezes, levam em conta a condição social das pessoas, a forma como se vestem e, às vezes, dão preferência aos familiares ao invés de atender os pacientes que se encontram há mais tempo esperando, como identificado por P5 e P13:

Às vezes, [...] penso que são ignorados, muitas pessoas não têm paciência com os doentes mentais, outros não entendem que tipo de pessoas são. Os familiares que

acompanham não entendem também e se sentem mal, porque falam que são mal tratados pelos funcionários, que não respeitam a ordem de chamadas para as consultas, ou seja, são deixados para trás. (P5)

Tratar a pessoa de igual forma, por exemplo, se uma pessoa é meu familiar a tendência é dar-lhe um atendimento diferenciado, se a pessoa não é meu familiar o tratamento é outro. Outro exemplo é se a pessoa tem um transtorno mental, eu trato de um jeito e se não tiver trato de uma outra forma. Acho que equidade tem mais a ver com isso. (P13)

Evidencia-se a partir das falas destes profissionais, que por mais que tenham conhecimento acerca do significado de equidade, reproduzem atitudes contrárias na sua prática laboral, que aumenta as desigualdades e não prioriza o paciente com maior necessidade de saúde.

### **A integralidade como base do trabalho em equipe**

A terceira categoria retrata a percepção dos profissionais sobre o princípio de integralidade. Duas perspectivas foram identificadas, uma que evidencia o desconhecimento ou conhecimento equivocado sobre o sentido do termo, e outra que o associa a noção de cuidado holístico sobre o paciente. Os participantes demonstraram muita dificuldade para falar desse princípio, e alguns confundiam com as diretrizes assistenciais da APS, como consta nos seguintes depoimentos:

Integralidade isso já não sei. (P13)

Integralidade isso não sei, não me lembro. (P21)

Integralidade vejo da mesma forma que universalidade, posso estar equivocada, mas é o mesmo que ter acesso a saúde de forma plena. (P14)

Eu acredito que a integração é atender da mesma forma a todos independentemente de raça, cor. (P41)

Tenho que integrar o doente nas minhas atividades para poder interagir com o paciente. (P39)

O total desconhecimento sobre o significado de integralidade é revelado por 21 profissionais. Esse fato pode estar ligado ao esquecimento devido ao tempo de formação ou falta de atualização. Na fala de oito profissionais caboverdianos, verifica-se que, para além do desconhecimento e confusão com outros princípios e diretrizes, alguns demonstraram ter uma percepção equivocada sobre o sentido de integralidade, pois a integração do paciente e o estímulo à participação, refere-se a IX diretriz da APS, atrelada a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pela equipe de saúde.

A segunda perspectiva é formada pela percepção de 12 profissionais, que se referem à integralidade como a prestação de um cuidado integral e holístico aos pacientes, ou seja, implica

conceber a pessoa que busca atendimento no serviço como um todo.

Integralidade é observar a pessoa de forma integral, ver a pessoa no seu todo porque ele tem sua história, seu percurso familiar, sua disposição, seu estilo de vida, seu modo de vida. (P2)

Acredito que é como um todo, integral em todos os seus âmbitos, tanto físico como psicológico, quanto na sua comunidade, acho que acaba por integrar como um ser completo. (P18)

Esses profissionais entendiam que a integralidade é o mesmo que perceber a demanda do paciente, que vai além de um procedimento curativista, muitas vezes. O paciente precisa ser visto de forma ampla, no sentido físico, mental e social, inserido na sua família e comunidade, a partir de uma cultura individual e única.

No entanto, não levam em conta que esse princípio é regido pela necessidade do atendimento resolutivo em todas as áreas, na qual os profissionais devem ser preparados para atender os pacientes e suas necessidades, incluindo as demandas de saúde mental.

Destaca-se que, apesar da evidência nas falas dos profissionais que denotam a distorção ou falta de conhecimento sobre cada princípio universal de saúde, 16 profissionais entendem que há aplicabilidade na prática assistencial aos pacientes. Também entendem que os cuidados dispensados às pessoas com transtornos mentais são de responsabilidade exclusiva do profissional especialista de saúde mental e que o fato de não haver queixas por parte dos pacientes, o cuidado realizado é qualificado e integral.

Penso que são aplicados porque todos os doentes mentais são atendidos em todos os serviços de saúde. Pode existir algumas falhas, pois o centro de saúde não tem psiquiatra, mas são atendidos. Nunca deixaram de ser atendidos. (P13)

Aos poucos que procuram o centro, nós tentamos aplicar todos esses princípios. Pelo menos não temos nenhuma queixa sobre isso. (P17)

Além da grande limitação sobre o conhecimento acerca dos princípios universais, os profissionais garantem que os aplicam durante a assistência, uma vez que não realizaram autoavaliação do seu processo de trabalho, relacionando as ações de saúde ao real significado de cada princípio. Assim, acabam executando um atendimento culturalmente automático, pouco resolutivo e equivocado.

Ademais, não conseguem identificar a importância do atendimento compartilhado com a equipe multiprofissional de suporte da APS, na qual possui capacidade de análise com alto grau de articulação e de intervenções ampliadas diante das necessidades do usuário, para construir uma atenção integral e resolutiva, uma vez que direcionam a responsabilidade somente aos profissionais especialistas na

saúde mental.

Além disso, fica evidente a ênfase que os profissionais fazem sobre o atendimento a todas as pessoas que procuram a APS. Muitas vezes, o mais importante é a recepção em si e não a resolutividade das necessidades. Salienta-se também, que existe falha na organização de comunicação entre os serviços (referência e contrarreferência), para o encaminhamento e acompanhamento dos pacientes nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo evidenciam poucas categorias de profissionais atuantes no serviço inquirido, comparado à equipe multiprofissional que compõe a APS em outros países, como no Brasil (Brasil, 2017). A maioria dos profissionais que prestavam assistência na APS cabo-verdeana eram adultas do sexo feminino. Quanto ao grau de escolaridade, a maioria era graduada e tinha entre cinco e 10 anos de formação na área, semelhante aos achados em outros estudos com a equipe multiprofissional atuante na APS. Também, as áreas de maior prevalência eram de profissionais da enfermagem (Garcia, et al 2020).

Observa-se em uma primeira perspectiva, que os profissionais cabo-verdeanos entendem o princípio universalidade de maneira equivocada, referindo-se a contemplação dos atendimentos a todos os pacientes que chegam ao serviço de saúde. No entanto, muitas vezes, o atendimento nos CS visa a agilidade e não identifica as reais necessidades do cliente, acabando por ser insatisfatório.

A universalidade, refere-se a um dos princípios que diz respeito ao serviço de saúde possibilitar acesso universal e contínuo, de qualidade, além de ser resolutivo, e identifica-se como um dos objetivos da Política Nacional de Saúde de Cabo Verde (Brasil, 2017; Cabo verde, 2007). Inclui-se, também, que os profissionais definem a universalidade como assistência aos pacientes, independente da raça, cor ou sexo, confundindo esse princípio com a definição de equidade (Brasil, 2017).

Alguns trabalhadores da APS, identificam a universalidade como a padronização do atendimento aderida a nível mundial, devendo ser aplicado a todas as pessoas, a mesma forma de atendimento, em todos os serviços. Esse modo entra em conflito com os princípios e diretrizes de saúde, pois se a equipe atender todas as pessoas da mesma forma, em todos os serviços, deixam de contemplar a singularidade de cada usuário, dificultando o vínculo entre equipe e paciente (Camargo, Castanheira, 2020; Lu, et al, 2020).

Além disso, a universalidade assegura a facilidade de acesso e acolhimento, sem diferenciar excludentes, pressuposto em uma lógica de organização e funcionamento do serviço, com finalidade de receber e atender todos os usuários (Brasil, 2017; Cabo verde, 2007).

Outros profissionais entendem a universalidade como acesso aos serviços de saúde por todas as pessoas, independente das condições sociais e econômicas. Destacam que a facilidade do ingresso na APS é uma realidade local, pois existem CS próximos na localidade, que facilitam a entrada em pouco tempo pela população. Estes profissionais não contemplam a definição de universalidade como um acesso universal, qualificado, resolutivo e contínuo dos serviços de saúde, apenas identificam a amplitude a todas as pessoas sem diferenciações sociais e ao número de serviços existentes na localidade (Brasil, 2017; Cabo verde, 2007).

A APS, que se caracteriza como a porta principal e preferencial de entrada aos serviços de saúde, tem objetivo de acolher as pessoas e promover o vínculo e corresponsabilização na atenção, construindo respostas para demandas e necessidades do usuário (Brasil, 2017; Cabo verde, 2007).

O conceito de equidade refere-se a oferta do cuidado às pessoas, ao acesso e utilização dos serviços de saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Cabo Verde, 2007). Fica proibido qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde, incluído-se nesse grupo, os pacientes acometidos com desordens psíquicas (Brasil, 2017).

A partir do significado de equidade, evidencia-se que os profissionais caboverdianos o entendem de forma fragmentada, pois o associam como a assistência a todos os usuários sem diferenciação e discriminação social e relacionam que o paciente tem essa garantia pelo direito ao acesso de medicamentos e consultas.

Como principal local de acesso a todas as pessoas, a APS pode desempenhar um papel importante na identificação precoce e tratamento de transtornos mentais. Há diversos benefícios da integração dos serviços de saúde mental na APS, pois amplia o atendimento das desordens mentais, reduz custos de cuidados de saúde, promove o respeito aos direitos humanos e aumenta a probabilidade de resultados positivos de saúde (WHO, 2008)

O entendimento acerca do significado de integralidade é desconhecimento e equivocado pelos profissionais, no qual referem-se as atividades executadas pela equipe de saúde (Brasil, 2017). A falta de conhecimento, relacionado às obrigações assistenciais enquanto profissional da saúde, compreende uma falta séria e pode se caracterizar como uma ocorrência ética no campo assistencial da saúde, como negligência e imperícia, frente ao atendimento de pacientes com doença mental que frequentam o serviço (COFEN 564/2017).

Para além do desconhecimento, esse princípio é compreendido de forma distorcida, pois outros

profissionais entendem que a integralidade refere-se à necessidade de integração, de agregação do paciente às suas atividades. A integralidade reproduz o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde, que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos da RAS e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (Brasil, 2017; Cabo verde, 2007).

Neste contexto, os profissionais também relacionam que à aplicabilidade dos princípios universais de saúde na prática assistencial à saúde mental da APS, pois executam o significado de todos os princípios universais. Não identificam suas limitações, equívocos e os prejuízos que a falta de esclarecimento gera na assistência ao paciente.

O Plano Estratégico para a Saúde Mental de Cabo Verde evidencia que o cuidado em saúde mental nos serviços primários tem cobertura nacional deficiente pelos profissionais de saúde mental. O Ministério de Saúde e Segurança Social (MSSS) conta atualmente com 76 profissionais da área de saúde mental, sendo sete da psiquiatria, 46 da psicologia e 23 do serviço social (Cabo Verde, 2021). A maioria dos psicólogos e assistentes sociais trabalham nos cuidados primários, mas a totalidade dos psiquiatras encontra-se vinculado ao serviço hospitalar, refletindo a fragilidade do atendimento especializado, como suporte adicional, na rede da APS.

Além disso, o atendimento dispensado à pessoa com transtorno mental e suas famílias é insuficiente e incompleto, pois há pouca informação sobre o ciclo do tratamento, escassa organização do serviço comunitário para o acolhimento e precário apoio sociofamiliar dos pacientes com transtorno mental. O serviço de referência hospitalar para atendimento às pessoas com transtorno mental localiza-se há oito quilômetros distante da cidade, em um local sem transporte público, o que justifica o fato de alguns pacientes não retornarem ao acompanhamento ambulatorial na APS após a alta hospitalar (Cabo Verde 2021).

No modelo da OMS, a atenção primária à saúde mental é uma parte essencial dos cuidados abrangentes de saúde e deve ser apoiada por outros níveis de cuidados para atender a todo o espectro de necessidades de saúde da população (OMS, 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir deste estudo, é possível identificar que há limitação na maneira como os profissionais percebem seu conhecimento e desenvolvem suas ações, relacionadas aos princípios universais que

norteiam o atendimento à saúde mental na APS. Entende-se que tal falha pode trazer prejuízos aos pacientes com desordens mentais que buscam atendimento nesses serviços, pois quando encontram negligência ou pouca efetividade para solução de suas demandas, acabam instalando descrença na equipe que atua na APS, fazendo com que os vínculos fiquem fragilizados.

Essa realidade vivenciada em Cabo Verde/África, pode estar atrelada ao fato de que os trabalhadores não consideram que a APS seja o local mais adequado para a prestação de cuidados às pessoas com transtorno mental, seja pelo forte estigma social em relação a doença que acaba por interferir no cuidado, ou pela falta de formação e capacitação dos profissionais, bem como o baixo investimento do estado para atender pessoas com transtorno mental na APS. Identifica-se também, a sobrecarga nos serviços especializados de saúde mental de Cabo Verde, uma vez que a APS não é resolutiva frente às demandas de doença mental e encaminha todos os pacientes à especialidade.

Diante das limitações de conhecimento dos profissionais de saúde apresentadas neste estudo, identifica-se a necessidade da avaliação dos gestores dos serviços caboverdianos, para que haja incentivo e implementação da educação permanente para equipe multiprofissional que atua nos CS manter-se atualizada, minimizar falhas na assistência das pessoas com transtorno mental e favorecer que esteja vinculado aos demais serviços, ampliando a qualificação assistencial na APS caboverdiana.

## REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. edição revista e ampliada. são paulo: edições 70 brasil, [1977].
- Brasil, Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde mental /, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
- Brasil, Ministério da Saúde (2017). PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Camargo, D.S.; Castanheira, E.R.L. (2020). Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). Interface (Botucatu); 24(Supl. 1): e190600 <https://doi.org/10.1590/Interface.190600>
- Cellard, A. A. (2008). Análise Documental. In: POUPART, J. *et al.* (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes. p. 295-316.
- Cechinel, A. (2016). Estudo/Análise Documental: uma revisão teórica e metodológica. Criar Educação. Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação – UNESC. Criciúma, SC, v. 5, n.1, p.1-7, jan./Jun..

Garcia, G.D.V.; Zanoti-Jeronymo, D.V.; Zambenedetti, G.; Cervo, M.R.; Cavalcante, M.D.M.A. (2020). Healthcare professionals' perception of mental health in primary care. *Rev Bras Enferm*; 73(1):e20180201. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-02011>

Lu, J.; Jamani S.; Benjamin J.; Agbata E.; Magwood O.; Pottie K. Global Mental Health and Services for Migrants in Primary Care Settings in High-Income Countries: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 20;17(22):8627. doi: 10.3390/ijerph17228627. PMID: 33233666; PMCID: PMC7699722.

Morais, et al (2021). Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review* ISSN: 2595-6825/10475 Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.3, p.10475-10489 may./jun.2021. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/29716/23440>

Pereira, R.M.P.; Amorim, F.F. ; Gondim M.F.N (2020). A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. *Interface (Botucatu)*; 24(Supl. 1): e190664 <https://doi.org/10.1590/Interface.190664>

Resolução Cofen 564/2017. O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. Código de ética dos profissionais de enfermagem brasileira (2017). Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)

Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

Pereira, R. M. P. ; Amorim F. F.; Gondim, M. F.N. (2020). A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. *Interface (Botucatu)*. 24(Supl. 1): e190664 <https://doi.org/10.1590/Interface.190664>

World Health Organization (2020). Mental Health Atlas. Acesso em 10/12/2021. Available from. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>

Wenceslau, L.D.; Ortega, F. (2020). Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface (Botucatu)*; 19(55):1121-32.

World Health Organization (2020). Mental Health Atlas. Acesso em 10/12/2021. Available from. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>

World Health Organization (2008); World Organization of Family Doctors. Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective; WHO: Geneva, Switzerland; Wonca: Singapore; ISBN 978-92-4-156368-0. Disponível em [https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf?ua=1](https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf?ua=1)

World Health Organization (2021). Mental Health Atlas 2020. Acesso em 10/12/2021. Available from. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>

## 5.5 ARTIGO III

### **Barreiras para atendimento da demanda em saúde mental nos serviços atenção primária à saúde caboverdiana**

#### **Resumo**

**Objetivo:** Verificar a distribuição espacial da demanda de atendimento de saúde mental em áreas de cobertura dos serviços de Atenção Primária à Saúde de uma região urbana de Cabo Verde/África; identificar barreiras que, segundo os profissionais que trabalham nos serviços de APS dessa região, dificultam o atendimento resolutivo às pessoas com transtorno mental.

**Método:** Estudo qualitativo, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com 43 profissionais de saúde, em cinco unidades da Rede de Atenção Primária, no período de fevereiro a março de 2020, e após submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** Constatou-se que na área de abrangência dos Centros de Saúde incluídos no estudo existe um número elevado de pacientes que caracterizam demanda potencial para os serviços da APS; e que barreiras que dificultam a inserção da saúde mental na APS são de abrangência macrocontextuais, no âmbito do serviço e no âmbito dos profissionais. **Conclusão:** Necessidade da avaliação dos gestores locais para que haja maior investimento na capacitação dos profissionais e divulgação dos documentos oficiais existentes.

**Descritores:** Atenção primária em saúde; Saúde mental; Equipe Multiprofissional; Transtornos Mentais

**Descriptors:** Primary Health Care; Mental Health Assistance; Patient Care Team; Mental Disorders

**Descriptores:** Atención Primaria de Salud, Atención a la Salud Mental; Grupo de Atención al Paciente; Trastornos Mentales

#### **Introdução**

A saúde mental tem sido uma das áreas com maior fragilidade no sistema de saúde de vários países, principalmente aqueles em desenvolvimento por não conseguirem alcançar a cobertura universal para transtornos mentais à população. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais graves não recebem tratamento em países de baixa e média renda e nos países de alta renda esse índice fica entre 35% e 50% <sup>(1)</sup>.

Dados mais recentes indicam que mais de 80% de pessoas com problemas mentais e outras condições de saúde, incluindo problemas neurológicos e transtornos por uso de substâncias, não recebem cuidados de saúde mental de qualidade, sendo responsáveis por 1 em 5 anos vividos com deficiência em todo o mundo, levando a mais de 1 trilhão de dólares em perdas econômicas <sup>(2)</sup>.

Se por um lado, os dados epidemiológicos sinalizam a urgência da priorização dos cuidados de saúde mental, por outro, na prática os investimentos na atenção em saúde mental estão aquém das necessidades, com o agravante de a maior parte dos recursos ser destinada aos serviços de internação hospitalar, em detrimento dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Ao mesmo tempo, o documento refere que não podemos ignorar que os hospitais psiquiátricos possuem capacidade limitada e não têm as condições para uma prestação de cuidados de qualidade <sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, a integração dos serviços de saúde mental na APS é a abordagem mais eficaz para responder às demandas de cuidados de saúde mental. Em virtude de sua importância, a OMS desenvolveu o Programa de Ação e Lacunas em Saúde Mental, especialmente para países de baixo e médio rendimento, que enfatiza a descentralização sistemática do foco de cuidado e tratamento dos hospitais mentais de longa permanência para os ambientes de atenção primária, assim como a elaboração de ferramentas para a efetivação das ações preconizadas, bem como os indicadores de avaliação <sup>(4)</sup>.

Entretanto, essa integração tem sido um grande desafio, particularmente na região africana, em que a sua efetivação tem sido mais problemática quando comparada a outras regiões do globo. No caso de Cabo Verde/África, esse cenário reproduz-se, pois, sendo um país em desenvolvimento, enfrenta as mesmas dificuldades para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde mental à população na APS. Em consequência, prevalece o modelo de assistência hospitalocêntrico e medicamentoso, principalmente em Santiago, a maior ilha do país, onde o investimento é majoritariamente destinado ao nível hospitalar <sup>(5)</sup>.

Assim, resultados de duas revisões sistemáticas recentes apontam inúmeras barreiras. Dentre essas, relativas ao profissional, destacam-se atitudes em relação à aceitabilidade, à adequação e à credibilidade do programa associadas a crenças equivocadas sobre a doença mental, convicção na incapacidade de os pacientes seguirem o tratamento, implicações legais em relação a erros de diagnóstico e a complexidade das intervenções <sup>(6-7)</sup>.

Além dessas, referem conhecimento e habilidades específicos de saúde mental, destaca-se a insatisfação com o nível de conhecimento que possuíam sobre a saúde mental e por não considerar a gestão da saúde mental a sua função principal, treinamento inadequado no uso de ferramentas de triagem e tratamento atual baseado em evidências, falta de conhecimento sobre as estruturas e processos do sistema de saúde para a gestão da saúde mental <sup>(6-7)</sup>.

Outros aspectos relacionam-se à motivação para mudar, gestão e liderança destacando-se o baixo interesse em fornecer cuidados de saúde mental, aumento da carga de trabalho e tempo limitado, falta de apoio à saúde mental tanto no nível comunitário como distrital, recursos limitados para a prestação de serviços, falta de treinamento em serviço juntamente com nenhuma discussão formal sobre os transtornos de saúde mental com supervisores de nível superior, coordenação inadequada entre trabalhadores de saúde geral e especialistas em saúde mental, baixa priorização dos cuidados de saúde mental nos níveis mais baixos <sup>(6-7)</sup>. A presença desse conjunto de barreiras compromete a concretização de ações de prevenção, promoção e a

reabilitação psicossocial dos indivíduos, famílias, ao mesmo tempo que contraria os princípios e/diretrizes definidas pelo sistema de saúde a nível da saúde mental.

Assim, considerando de um lado, a demanda cada vez maior de atendimento/cuidados de saúde mental na população geral, em todo o mundo e, por outro, a diversidade de problemas referidos como entraves para o atendimento equânime e resolutivo das pessoas na APS, estudos são necessários para verificar o que pensam os profissionais que se encontram na linha de frente para operacionalizar as políticas de integração da saúde mental na APS.

Este estudo tem como objetivos: (1) Verificar a distribuição espacial da demanda de atendimento de saúde mental em áreas de cobertura dos serviços de Atenção Primária à Saúde de uma região urbana de Cabo Verde/África; (2) Identificar barreiras que, segundo os profissionais que trabalham nos serviços de APS dessa região, dificultam o atendimento resolutivo às pessoas com transtorno mental.

### **Método**

Estudo qualitativo, do tipo exploratório, estruturado de acordo com os Critérios de Consolidação para Relatórios de Pesquisa Qualitativa Consolidated criteria for reporting qualitative research – COREQ.

O estudo está ancorado em uma estrutura conceitual, formada pelos princípios que regem o Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde: Universalidade é um princípio que define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A equidade pode ser entendida como um conceito multidimensional que inclui aspectos relacionados não apenas à distribuição do cuidado sanitário, mas também à justiça atenta para a ausência de discriminações na assistência <sup>(8)</sup>.

A integralidade é um princípio que atribui à população o direito de atendimento de forma plena em função das suas necessidades, pela articulação de ações curativas e preventivas nos níveis primário, secundário e terciário <sup>(9-10)</sup>.

A utilização dessa estrutura justifica-se pelo fato de que primeiro a pessoa com transtorno mental nem sempre tem os seus direitos fundamentais garantidos, o que consta na literatura produzida na área da saúde mental, nas últimas décadas, e que está na base dos movimentos pela reestruturação do modelo de assistência à saúde mental, desencadeados há vários anos, ao redor do mundo <sup>(11)</sup>. Além disso, nas comunidades cabo-verdianas existem serviços de saúde que integram a Rede de Atenção Primária, porém não conseguem dar respostas às reais necessidades das pessoas com transtorno mental.

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível refletir sobre as barreiras que dificultam o atendimento resolutivo às pessoas com transtorno mental, com base nos princípios universais contemplados no Plano Nacional de Saúde de Cabo Verde/África, pois a incorporação desses princípios, nas práticas e na organização dos serviços, é o primeiro passo para que se torne efetivo e resolutivo o cuidar das pessoas com transtornos mentais na APS.

### **Local de Estudo**

O estudo foi desenvolvido na Ilha de Santiago, Cabo Verde/África, um país insular composto por dez ilhas, com uma população estimada de 544.081 habitantes <sup>(12)</sup>. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) encontra-se estruturado em três níveis de atenção, destacando-se o nível municipal, o qual fazem parte os Centros de Saúde (CS) que constituem em um lugar privilegiado para prestação de cuidados essenciais de APS, e a porta de entrada do SNS, através da qual o Estado implementa os princípios da cobertura universal <sup>(13)</sup>.

Em primeiro lugar, a primeira autora, enfermeira de formação, fez o levantamento dos atendimentos realizados durante o ano 2019 nos registos de consultas do serviço de Psiquiatria da Trindade, Extensão do Hospital Central, em agosto de 2020, após autorização e disponibilização dos registos pela instituição. Tendo em conta a facilidade de acesso da pesquisadora, foram selecionados cinco CS.

### **Participantes**

Para a obtenção dos dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas, envolvendo 43 profissionais que incluíram 13 médicos, 19 enfermeiros, seis assistentes sociais e cinco psicólogos, no período de fevereiro a março de 2020.

### **Critérios de inclusão**

Vínculo com o serviço de pelo menos seis meses, excluindo os profissionais que, durante o período de coletas dos dados, estavam de férias ou afastados por outros motivos.

### **Coleta de dados**

As entrevistas foram realizadas pela primeira autora, enfermeira, pós-graduanda e membro integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde – GEPEFES. A primeira parte do roteiro contemplava informações sociodemográficas, incluindo área de formação, grau de formação, tempo de formação em anos, idade, sexo, estado civil, morada e tempo de vínculo com o serviço em anos. A quarta parte aborda questões relativas aos profissionais que consideram como barreiras que dificultam o atendimento das pessoas com transtorno mental no serviço onde trabalham.

### **Tratamento e Análise dos dados**

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local privativo e em horário acordado com os participantes, com duração média de 60 minutos, tendo sido gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, segundo Bardin<sup>(14)</sup>. Em primeiro lugar, fez-se a organização das entrevistas consoante as seções do instrumento da coleta de dados, posteriormente realizou-se a leitura dos dados, com a finalidade de obter as primeiras impressões. A partir de sucessivas leituras foram identificadas expressões chaves tendo por base os conceitos teóricos da universalidade, equidade e integralidade, dando origem as categorias e os elementos que a constituem e a interpretação dos resultados encontrados.

As informações extraídas dos prontuários dos pacientes foram introduzidas na planilha

de Excel, preservando o anonimato e o sigilo das pessoas atendidas, o que possibilitou a identificação da demanda potencial para os CS que sediaram a coleta de dados deste estudo. Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados por um código formado da letra maiúscula “P” (de profissional), seguida de um número indicativo da ordem de realização das entrevistas.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi submetido ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde do Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde deliberação nº 57/2020. Foram respeitadas todas as determinações da Resolução 510/2016 vigentes no país, no período que os dados foram coletados. Todos os participantes foram informados do objetivo do estudo, tiveram seus direitos assegurados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Resultados**

Nos documentos consultados identificaram-se 837 consultas realizadas no serviço de psiquiatria, durante o ano de 2019. Destas, 432 foram com pacientes do sexo masculino e 405 do sexo feminino, na faixa etária entre 21 e 30 anos de idade, seguida de 31 a 40 anos. As consultas realizadas no serviço de psiquiatria em 2019, eram de pacientes que pertenciam às localidades que possuem um Centro de Saúde na sua área de abrangência.

As barreiras para o atendimento às pessoas com transtornos mentais na APS foram agrupadas em três núcleos temáticos que pelas características foram denominadas de barreiras macro-contextual, no âmbito do serviço e profissionais.

#### **Barreira macro-contextual**

Dos seus elementos constituintes no discurso dos participantes identifica-se a visão dos profissionais acerca do doente mental como representativa de ameaça e que afeta o cuidado dispensado à pessoa com transtorno mental, bem como a própria organização do serviço de APS.

Os profissionais, quando questionados sobre as dificuldades sentidas no atendimento às pessoas com transtornos mentais, evocaram o medo e dificuldade em interagir com esses pacientes durante a realização das consultas:

*Às vezes é o sentimento de medo, medo por estarem agressivos, mas atendemos a todos e logo fazemos o encaminhamento para psicóloga, apesar de ficar um pouco apreensivo de que o doente pode fazer algo contra mim. (P8).*

*Minha dificuldade é tentar saber do paciente o que ele está a sentir, o que na maioria das vezes ele não consegue dizer. Minha maior dificuldade é interagir com esses doentes (P5).*

O medo foi uma das dificuldades mais mencionadas pelos profissionais, ou seja, medo no atendimento às pessoas com transtorno. A agressividade com que o paciente chega nos serviços desencadeia medo por parte dos profissionais, pois temem pela sua integridade física. Eles por não saberem como atuar frente essas situações, fazem encaminhamento do paciente para os profissionais da área ou serviços especializados.

*P14: A maior dificuldade está na questão da agressividade muitas vezes, principalmente quando vem descompensado tentamos fazer com que ela não fique muito tempo no centro, pois podemos correr risco. Eu dou um atendimento rápido, prioritário. Muitas vezes quando vem um paciente com doença mental ele não gosta de ser contrariado.*

O depoimento dos profissionais sugere que o foco prioritário não é o paciente, por se sentirem ameaçados prestam um atendimento de maneira a dispensar rapidamente do serviço, uma vez que consideram que não é o lugar adequado para atender a esse tipo de paciente.

*Acho que tem a ver com a organização [do serviço] porque dentro do nosso plano, a doença mental não se encontra dentro dos cuidados primários de saúde (P13).*

Percebe-se, nas falas dos profissionais, de que existem dificuldades em relação ao atendimento às pessoas com transtornos mentais nos serviços de APS. A forma como a sociedade vê a pessoa com transtorno mental constitui-se em uma barreira, pois o forte estigma

social existente na sociedade cabo-verdiana em relação à doente mental influencia a forma de agir e de atendimento por parte dos profissionais. Por outro lado, o próprio sistema de saúde constitui-se em uma barreira, uma vez que são eles que ditam as diretrizes para o funcionamento dos serviços assim como a organização.

### **Barreira no âmbito do serviço**

Engloba aspetos da organização e funcionamento do serviço e o trabalho em equipe na prestação de cuidados às pessoas com transtornos mentais. Contemplando informações tais como: equipe “desconectada” do serviço, há recursos inadequados ao atendimento e inexistência de comunicação entre os serviços.

A equipe não se integra ao serviço, sendo o serviço apenas o espaço físico onde os profissionais encontram os pacientes e desempenham as suas tarefas. Quando questionados sobre a reação, sentimento ou comportamento dos colegas quando chega uma pessoa com transtorno mental respondem:

*E eu percebi que estava sozinha com os pacientes, em estado de agressividade. E isso não estava correto, não podia ser, os outros quando percebiam que um doente mental entrava em seu consultório, eles fechavam a porta, e sobrava para mim e a psicóloga, por causa do medo. (P9)*

A fala dos profissionais sugere que não existe trabalho em equipe, em que ocupam o mesmo espaço físico, porém trabalham desconectado um dos outros, chegam ao serviço, entram no consultório, fazem atendimento e pronto, desconhecendo totalmente o trabalho do colega, principalmente no que diz respeito ao atendimento à pessoa com transtorno mental.

Além disso, os profissionais apontam barreiras relacionadas ao espaço físico inadequado ao atendimento das pessoas com transtorno mental; insuficiência de recursos humanos e materiais.

*Olha tentamos fazer tudo o que está ao nosso alcance, mas o espaço físico penso que*

*deveria ser mais adequado ao tipo de atendimento porque é um doente que pode provocar distúrbio a qualquer hora. Portanto deviam ter um espaço onde possam se sentir mais aconchegados e tranquilos (P23).*

*Ainda não temos a sensibilização e nem condições para isso, número de profissionais para atender a esses doentes (P2).*

*[...] a única coisa que eu posso dizer é que o centro de saúde não é o lugar para dar resposta em casos de descompensação, porque não temos meios de conter pessoas (P10).*

Quando questionados sobre o que acham necessário para que as pessoas com transtornos mentais sejam atendidas nesse serviço de forma resolutive os profissionais referiram:

*Precisamos de recursos aqui e fora porque antes saímos para terreno e até identificamos os doentes mentais que não eram conhecidos, mas depois paramos de ir para o terreno por causa de recursos humanos como materiais. Precisamos também de formação para pessoas que não são da área, formação para médicos e enfermeiros para poderem lidar no terreno com esses pacientes (P26).*

De acordo com os profissionais, para que as pessoas com transtornos mentais sejam atendidas de forma resolutive, eles precisam de um espaço físico adequado, pois o serviço não apresenta condições para atendimento desses pacientes. Em simultâneo, deixam transparecer que o serviço não é o local ideal para prestar esse atendimento, sugerem a construção de local com mais tranquilidade, que seria somente para atendimento desses pacientes.

Outro ponto importante realçado pelos profissionais foi a falta de sensibilização por parte dos colegas e a falta de recursos humanos e do suporte do próprio sistema de saúde, uma vez que atendem muita demanda no serviço e não resta tempo para atenderem às pessoas com transtornos mentais.

Os profissionais relatam a inexistência de comunicação entre os serviços que atendem as pessoas com transtorno mental. Trata-se, portanto, de uma fragilidade em termo de referência

e contrarreferência de caráter bilateral.

A fala de P5 evidencia um déficit de comunicação entre o serviço que faz o encaminhamento da pessoa com transtorno mental e o serviço que o recebe. Não existe um retorno do serviço que recebe o paciente para melhor organização ou continuidade dos cuidados. A partir do momento em que o paciente é encaminhado, perde-se totalmente o contato com ele e não se sabe quais os cuidados a ele submetidos. Os depoimentos dos participantes apontam para a inexistência de comunicação entre os serviços de referência e contrarreferência que atendem a pessoa com transtorno mental, conforme indica a fala abaixo:

*Os que passam por aqui são encaminhados para psiquiatria ou urgência e nunca mais temos informações desses doentes a não ser que voltem a procurar o serviço, não existe comunicação entre os serviços referência e contrarreferência (P5).*

A inexistência da comunicação entre os serviços é uma barreira reconhecida pelos profissionais que precisa ser melhorada para que se possa prestar um cuidado de qualidade. Isso reforça aquilo que foi colocado anteriormente sobre o encaminhamento como uma ação de desvencilhar do paciente.

### **Barreira no âmbito dos profissionais**

Esta categoria inclui aspectos inerentes aos profissionais que interferem na prestação de cuidados designadamente o desconhecimento dos documentos oficiais, o despreparado e de não assumirem a responsabilidade da pessoa com transtorno mental.

Os profissionais evidenciaram um total desconhecimento do protocolo que orienta o atendimento às pessoas com transtorno mental, o que demonstra um total distanciamento em relação aos cuidados de saúde na área de saúde mental. Por outro lado, afirmaram que a demanda desses pacientes é pouca e que os que procuraram o serviço era por motivos que não eram do foro psiquiátrico.

*Isso não sei [se há protocolos de atendimento] nunca perguntei (P1).*

*Se tem eu não sei, nunca vi, nunca chegou em mim (P15).*

A totalidade dos participantes refere que não se sentiam preparados para atender as pessoas com transtorno mental, principalmente quando se trata de pacientes agitados e agressivos. As falas de P<sub>9</sub> e P<sub>31</sub> remetem à necessidade de formação ou capacitação de como atuar perante essas situações e como proceder nos diversos casos que aparecem no serviço. Nesse contexto, a alternativa mais utilizada pela maioria é o encaminhamento desses pacientes para os profissionais especializados, por se sentirem incapacitados transferindo a responsabilidade pelo paciente aos colegas da saúde mental ou do serviço social que, por vezes, sentem-se sozinhos sem apoio do resto da equipa.

*Senti um peixe fora d'água pois foi minha primeira vez logo no início quando cheguei no centro saúde e não sabia como lidar com isso [...]. Talvez eu pudesse fazer mais ou diferente, mas naquele momento era isso (P31).*

*Eu pessoalmente sinto-me sozinha. Antes não tínhamos psicólogos a quem vinha apenas duas vezes por semana. Eu já cheguei nela com um paciente esquizofrênico e ela disse que não podia atender. Médicos também não atenderam. Então o que fazer com o paciente? (P9).*

As falas dos profissionais apontam a necessidade de capacitação como um mecanismo essencial para o manejo das pessoas com transtorno mental e que pode condicionar o atendimento nestas situações, limitando-se ao encaminhamento para outros serviços, eximindo de sua responsabilidade na prestação de cuidados efetivos.

## **Discussão**

Os dados do presente estudo evidenciaram que as faixas etárias das consultas realizadas foram de jovens adultos, predominando o maior número de consultas para o sexo masculino, o que ocorreu de forma similar aos achados de uma pesquisa realizada com pacientes atendidos em psiquiatria ambulatorial, em Dakar, em 2020, em que predominava também o sexo masculino e a faixa etária jovem de 15 a 35 anos <sup>(15)</sup>. Também, o sexo masculino está entre os

mais afetados pela mortalidade em decorrência de distúrbios mentais e de comportamento quando comparado com as mulheres conforme apontado nas estatísticas nacionais <sup>(16)</sup>.

Esses achados retratam a composição da população cabo-verdiana, que é sobretudo constituído por jovens. Ao mesmo tempo, que pode ser também retrato da interferência de efeitos cumulativos de inúmeros fenômenos sociais, sobretudo, o consumo excessivo de álcool e drogas, desemprego, pobreza, falta de políticas públicas efetivas a que podem estar expostos, o que, por sua vez, predispõe a maior probabilidade de acessar os serviços de saúde mental.

Pelo que esses dados tornam evidente a necessidade emergente de intervenções dirigidas a esse público, tendo em conta as implicações dos transtornos mentais no desenvolvimento social, econômico nos indivíduos, famílias e comunidades. Contudo, as ações precisam ocorrer de forma integrada envolvendo os diferentes setores da sociedade cabo-verdiana.

É nessa perspectiva que as instituições formuladoras de políticas públicas têm assumido um discurso a respeito da priorização da saúde mental em Cabo Verde, entretanto as ações ainda se situam na contramão do discurso assumido, tendo em conta que muitas intervenções preconizadas no plano de saúde mental não foram ainda operacionalizadas.

Os profissionais apontaram barreiras que do seu ponto de vista pode comprometer o cuidado na APS, estando esses relacionados aos aspectos culturais, crenças, valores que influenciam na organização do serviço e as suas práticas profissionais no atendimento às pessoas com transtorno mentais. Assim sendo, o atendimento realizado ocorre a partir de uma visão estigmatizada da doença mental, a qual faz com o que, supostamente, deveria ser um acolhimento para identificar as necessidades de saúde dessas pessoas na sua integralidade, acaba por se tornar simplesmente em um atendimento para despachar rapidamente a pessoa para que não perturbe o funcionamento do serviço e encaminhada para outros serviços.

A relação entre os profissionais e a pessoa com transtorno mental tem sido de forma mecânica e superficial, principalmente em salas de acolhimento, resumindo o atendimento em

seguir protocolos ou classificação de risco, transformando o tão subjetivo “acolhimento” na objetiva “triagem”<sup>(17)</sup>.

Essa situação não é um caso particular do país, uma vez que um estudo realizado na Etiópia indicou alta prevalência de atitudes negativas em relação a pessoas com transtorno mental, tendo associação significativa com o nível de escolaridade, formação em saúde mental e o conhecimento sobre a doença mental dos profissionais, apontando assim para a necessidade de se iniciar programas com a finalidade de reduzir tais atitudes negativas<sup>(18)</sup>.

Outro estudo realizado na Índia mostrou que apesar dos profissionais apresentarem conhecimentos adequados sobre a saúde mental, ainda assim prevaleceram atitudes estigmatizantes e negativas entre profissionais da APS<sup>(19)</sup>. Assim sendo, apenas possuir conhecimento parece não ser suficiente para evitar atitudes negativas ou crenças discriminatórias, apesar dos achados do nosso estudo apontar para a falta capacitação ou treinamento como uma barreira para o cuidado à pessoa com transtorno mental.

O estigma relacionado à doença mental também permeia o setor de saúde. Nesse contexto, as pessoas com transtornos mentais são percebidas como menos competentes, perigosas e imprevisíveis e que o trabalho em si não é bom para pessoas com doenças mentais<sup>(20)</sup>. Nessa linha, uma pesquisa-intervenção realizada com equipes da APS no Brasil elucida que o processo de educação permanente precisa ocorrer a partir de um movimento e construção conjunta e da problematização voltada para às necessidades, de maneira a avançar na transformação das práticas profissionais a partir de um olhar reflexivo<sup>(21)</sup>.

As ações de cuidado em nível de prevenção, promoção e assistência integral em saúde mental transcendem os limites das atitudes dos profissionais que atuam nos serviços da APS, perpassando a organização dos serviços, funcionamento e a materialização das diretrizes nesses serviços.

Nesse aspecto, o SNS de Cabo Verde implementou equipes constituídas por psicólogos,

assistência social, tendo também introduzido o deslocamento semanal do psiquiatra para os serviços da APS. Para que essa estratégia seja efetiva, há a necessidade de coordenação entre os profissionais que atuam nesses serviços, uma vez que desconexão entre a equipe foi identificada pelos profissionais como uma das barreiras para um cuidado resolutivo.

Um estudo realizado na Bélgica que procurou avaliar a implementação de colaboração interprofissional demonstrou o efeito positivo nas equipes aumentando a sua moral, na medida em as intervenções aliviaram a carga de encontros com os pacientes e a equipe sentiu-se mais valiosa para os pacientes. Os mecanismos subjacentes que conduziram a esses resultados estão relacionados ao reconhecimento das emoções entre os membros da equipe e a clareza de seu papel <sup>(22)</sup>.

Nos resultados de outro estudo realizado nos Estados Unidos da América para testar a implementação de uma abordagem baseada na equipe, constatou que trata de uma estratégia viável e altamente aceitável, o que por sua vez levou a mudanças positivas na autoeficácia dos profissionais na gestão de doenças mentais e cuidados baseados na equipe <sup>(23)</sup>.

A inexistência de comunicação entre os serviços de referência e contrarreferência foi outra barreira mencionada pelos profissionais, ou seja, não existe retorno dos serviços sobre os pacientes encaminhado, não existe uma continuação dos cuidados. Corroborando com uma pesquisa <sup>(24)</sup> que também, demonstrou que 89% dos profissionais não sabem o que ocorre com o paciente após ser encaminhado ao serviço especializado, e 100% não acompanham o caso posterior ao encaminhamento ao serviço especializado.

Ficou evidente neste estudo que, a nível das barreiras profissionais, os entrevistados referiam o desconhecimento dos documentos oficiais que orientam a prática ou o cuidar da pessoa com transtorno mental. O que evidencia a escassez de conhecimento e preparo em assistir a pessoa com transtorno mental, assim como necessidade de se dar a conhecer o protocolo existente pelos gestores e equipe responsável pela área de saúde mental. Tendo os

mesmos achados na sua pesquisa <sup>(24)</sup>, refere que os profissionais entrevistados não conheciam a proposta de inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica.

O cuidado em saúde mental envolve aspectos jurídicos, políticos, formativos, valores éticos e políticos em que o cuidado é centrado no paciente e família. De forma que, ao considerar estes aspectos, não é mais possível pensar o cuidado em saúde mental restrito à medicina, centrado no poder médico e em soluções padronizadas, mas na integralidade, no contexto do sujeito e na sua singularidade psicossocial <sup>(21)</sup>.

A principal limitação deste estudo está ligada à amostra deste estudo que é constituída somente por profissionais de saúde que atuam na APS em uma das regiões de Santiago, Cabo Verde. Este estudo pode servir de ensejo para a pesquisa em outros países, a fim de qualificar o cuidado à saúde mental nos serviços primários.

### **Considerações Finais**

O estudo evidenciou que a maioria das localidades, mesmo tendo um centro de saúde na sua área de abrangência, apresentam um número elevado de pacientes que realizam as consultas de saúde mental nos serviços de psiquiatria. Entretanto, no contexto da APS constata-se que o desconhecimento dos documentos oficiais, estigma social, falta de estrutura física, despreparo dos profissionais, inexistência da comunicação dos serviços são barreiras que afetam de forma negativa o atendimento as pessoas com transtornos mentais.

Os resultados apontam para maior inserção da saúde mental na APS, uma vez que essa realidade ainda é incipiente no país. Identifica-se a necessidade da avaliação dos gestores locais para que haja maior investimento na capacitação dos profissionais, protocolos que orientam o cuidado em saúde mental.

### **Referências**

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Internet] Ginebra: OMS; 2013. [cited Dec 12, 2021]. Available from:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)

2. World Health Organization. The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. [Internet] WHO; 2019. [cited Dec 12, 2021]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. [Internet] Geneva: WHO; 2021. [cited Dec 12, 2021]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
4. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020. [Internet] Geneva: WHO; 2021. [cited Dec 10, 2021]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
5. Ministério da Saúde e da Segurança Social (CV). Programa Nacional de Saúde Mental. Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental 2021-2025. Praia: MSSS; 2021. [cited Dec 12, 2021]. Available from: <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/direcao-nacional-de-saude/saude-mental/572-plano-estrategico-saude-mental/file>
6. Wakida EK, Talib ZM, Akena D, Okello ES, Kinengyere A, Mindra A, Obua C. Barriers, and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Syst Rev*. 2018 Nov 28;7(1):211. doi: 10.1186/s13643-018-0882-7.
7. Esponda GM, Hartman S, Qureshi O, Sadler E, Cohen A, Kakuma R. Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (1): 78-92. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30125-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30125-7).

8. Barros, FPC.; Sousa, MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016.  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf>
9. Carnut, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde debate | Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out- dez 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>
10. Ministério de Saúde (BR). Sistema Único de Saúde: SUS Princípios e Conquistas. Brasília. 2000. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)
11. Gaino LV, J de Souza, CT Cirineu, TD Tulimosky. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Doi <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>.
12. Instituto Nacional de Estatística (CV). Anuário Estatístico 2018. [Internet]. Praia: INE;2020 [cited December 14, 2021]. Available from: <https://ine.cv/wp-content/uploads/2020/10/aecv-2018.pdf>
13. Ministério da Saúde e Segurança Social (CV). Política Nacional de Saúde. 2007-2010. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>
14. Bardin L. Análise Bardin, L. Análise de conteúdo. edição revista e ampliada. São Paulo: edições 70 brasil, [1977] (2016).
15. Ndongo, NDN, Kandji D, Sylla A, et al. Profile of Patients Received in Outpatient Psychiatry in Dakar. Int J Psychiatr Res. 2020; 3(6): 1-4. Disponível em: <https://scivisionpub.com/pdfs/profile-of-patients-received-in-outpatient-psychiatry-in-dakar-1391.pdf>

16. Ministério da Saúde e da Segurança Social (CV). Relatório Estatístico 2018. Praia: MSSS; 2019. [cited Dec 12, 2021]. Available from: <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-/1/538-relatorio-estatistico-2018-final/file>
17. Lopes, PF, Melo, LL, Moreno, V, Toledo, VP. Acolhimento da pessoa em sofrimento mental em serviço hospitalar de emergência: pesquisa qualitativa. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(2):e20180671. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0671>
18. Sahile, Y, Yitayih, S, Yeshanew, B. *et al.* Primary health care nurses attitude towards people with severe mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia: a cross sectional study. *Int J Ment Health Syst* 13, 26 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0283-x>
19. Gandhi S, Poreddi V, Govindan R, G J, Anjanappa S, Sahu M, Narayanasamy P, N M, C N, Badamath S. Knowledge and perceptions of Indian primary care nurses towards mental illness. *Invest Educ Enferm.* 2019 Feb;37(1). doi: 10.17533/udea.iee.v37n1e06.
20. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum.* 2017; 30 (2):111-116, 2017. doi: 10.1177/0840470416679413.
21. Rézio LA, Fortuna CM, Borges FA. Tips for permanent education in mental health in primary care guided by the Institutional Socio-clinic. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3217.3204>. month day year
22. De Sutter M, De Sutter A, Sundahl N, Declercq T, Decat P. Inter-professional collaboration reduces the burden of caring for patients with mental illnesses in primary healthcare. A realist evaluation study. *Eur J Gen Pract.* 2019 Oct;25(4):236-242. doi:

10.1080/13814788.2019.1640209.

23. Loeb DF, Monson SP, Lockhart S, Depue C, Ludman E, Nease DE Jr, Binswanger IA, Kline DM, de Gruy FV, Good DG, Bayliss EA. Mixed method evaluation of Relational Team Development (RELATED) to improve team-based care for complex patients with mental illness in primary care. *BMC Psychiatry*. 2019 Oct 15;19(1):299. doi: 10.1186/s12888-019-2294-1.
24. Entreportes MBA, Fonseca WNS, Rocha EM da, Volpato RJ, Nascimento VF do, Lemes AG. Percepção dos profissionais da Atenção Básica sobre o matriciamento em saúde mental no interior de Goiás. *Rev. G&S [Internet]*. 31º de janeiro de 2017 [citado 15º de dezembro de 2021];8(1):56-75. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3686>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram compreender como se processa a assistência às pessoas com transtornos mentais e seus familiares nos serviços de APS, em uma região na ilha de Santiago, em Cabo Verde/África. Evidencia-se que os profissionais da saúde que trabalham nos serviços de Atenção Primária em Saúde apresentam limitação quanto ao conhecimento dos princípios universais de saúde; identificam diferentes impasses para aplicabilidade desses princípios no atendimento às pessoas com transtornos mentais e consideram que a atenção primária não é o serviço mais adequado ao atendimento desses pacientes. Essa maneira de ver o serviço advém da percepção dos profissionais sobre a doença mental; da forma como os serviços estão organizados; da falta de oferta dos cuidados direcionados a esses pacientes, o que se constitui em fatores que impedem a procura dos serviços de atenção primária por parte das pessoas com transtorno mentais.

São barreiras que afetam de forma negativa o atendimento as pessoas com transtornos mentais que buscam atendimento nos serviços de APS: as poucas estratégias existentes para a promoção e prevenção da doença mental; o pouco investimento do sistema de saúde; a insuficiência de recursos humanos especializados; o desconhecimento dos documentos oficiais por parte dos profissionais de saúde; a precariedade da estrutura física nos serviços; o despreparo dos profissionais; a inexistência da comunicação entre os serviços; e o estigma social. Conseqüentemente, os serviços de atenção primária não desempenham a função de porta de entrada para as pessoas com transtornos mentais e seus familiares, deixando esses pacientes na condição de invisibilidade no sistema de cuidados de saúde primários.

Constatou-se, também, que com os poucos pacientes atendidos são realizadas ações como acolhimento de forma simples e superficial; encaminhamento aos profissionais da área ou serviços específicos com o único objetivo de se desvincular desses pacientes e fugir da responsabilidade do cuidar. As famílias são atendidas e orientadas no sentido de assumirem a responsabilidade de cuidar do seu familiar doente. Esses diferentes impasses ocorridos nos serviços de APS cabo-verdiana podem gerar descrença no trabalho assistencial, fragilização do vínculo entre paciente e os profissionais de saúde, sobrecarga dos serviços de saúde mental especializado, perda e deterioração da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

Esses resultados revelam a complexidade e as fragilidades na organização dos serviços e no atendimento das pessoas com transtornos mentais e seus familiares nos serviços de Atenção Primária em Saúde, que deveriam ser a porta de entrada desses pacientes ao sistema nacional

de saúde.

Serviços estes, à quem cabe desenvolver ações centradas na promoção, prevenção e ou detecção precoce de doenças; que garantam a prestação de cuidados nas comunidades onde esses pacientes e seus famílias estão integradas; bem como acesso equitativo através de ações humanas, histórica, social, cultural, integradora e não estigmatizantes; o cumprimento dos seus direitos como seres humanos e cidadãos de um país que defende o direito à saúde como um direito constitucional. Assim, este estudo confirma a tese que: *A compreensão acerca das barreiras que limitam a assistência integral e resolutive às famílias e pessoas com transtornos mentais nos serviços de Atenção Primária à Saúde é pré-condição para desencadear um processo de revisão e reorganização da assistência em saúde mental em Santiago/Cabo Verde/África e, assim, avançar em direção a preservação dos direitos dessas pessoas, dos princípios organizativos e da integração da Saúde Mental nos serviços de Atenção Primária em Saúde.*

Embora este estudo contenha as limitações inerentes a sua natureza qualitativa, que impedem a generalização de seus resultados, estes podem embasar a reflexão por parte dos gestores e profissionais de saúde nos serviços de APS, sobre suas responsabilidades e, principalmente, sobre as ações adotadas na assistência às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, para que haja uma mudança de atitudes frente ao atendimento desses pacientes. Mostram, também, a necessidade de maior investimento na busca ativa e reconhecimento desses pacientes na comunidade onde estão inseridos, para que toda pessoa com transtorno mental tenha acesso aos serviços de saúde sempre que necessitam e recebam uma assistência integral.

Identifica-se a necessidade da avaliação dos gestores locais para que haja maior investimento no aprimoramento da capacidade técnica dos profissionais e na divulgação dos documentos oficiais existentes que orientam o cuidado em saúde mental, haja vista que eles necessitam de instrumentalização periódica. Acrescenta-se ainda a importância de alguns profissionais de saúde repensarem as suas concepções sobre a saúde e a doença mental, para compreenderem a real situação das pessoas com este tipo de transtorno e, assim, contribuir para reduzir a condição de invisibilidade desses pacientes nos serviços de APS.

Os achados deste estudo podem subsidiar novas pesquisas, além de contribuir para informar e sensibilizar os gestores e profissionais acerca dessa problemática e da necessidade de mudanças das práticas em nível dos serviços de APS. E, assim, readicionar

o trabalho e, principalmente, orientar os profissionais para uma nova abordagem com as pessoas com transtornos mentais o que, consecutivamente, irá contribuir para melhoria dos cuidados de saúde das pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYANO, G.; ASSEFA, D.; HAILE, K.; BEKANA, L. Experiences, Strengths and Challenges of Integration of Mental Health into. **Fam Med Med Sci Res** 5: 204. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/4129/944753b5814f81c9862593cc806e5571e0e9.pdf>

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70 Brasil, [1977] 2016.

BARROS, F. P.C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.1, p.9-18, 2016.  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf>

BARBOSA, E.C., OLIVEIRA, F.M. Inovação tecnológica em saúde: o CAPS transformando o modelo assistencial. **Argum., Vitória**, v. 10, n. 1, p. 180-197, jan./abr. 2018.  
<https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10049399/1/Argumentum2018.pdf>

BICALHO, P. P. G.; VIEIRA, E. S. Direitos Humanos e Avaliação Psicológica: Indissociabilidade do Compromisso Ético-Político Profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão** 2018 v. 38 (núm. esp.), 147-158. Disponível em  
<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v38nspe/1982-3703-pcp-38-nspe1-0147.pdf>

BRAGA, T. B. M.; FARINHA, M. G. Sistema único de saúde e a reforma Psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica** - XXIV(3): 366-378, set-dez, 2018. Disponível em  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v24n3/v24n3a09.pdf>

BRASIL. Ministério de saúde. **Sistema Único de Saúde: SUS Princípios e Conquistas. Brasília. 2000.** Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília-DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. Disponível em  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012. Disponível em  
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília (DF), 22 mar. 2002a. Seção 1, p. 108.

BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM, M. A.; ALCÂNTARA, C. B. Famílias no cuidado à

saúde de pessoas com transtorno mental: reflexos do modelo de assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 441-449, 2017. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/323327729\\_FAMILIAS\\_NO\\_CUIDADO\\_A\\_SAUDE\\_DE\\_PESSOAS\\_COM\\_TRANSTORNO\\_MENTAL\\_REFLEXOS\\_DO\\_MODELO\\_DE\\_ASSISTENCIA](https://www.researchgate.net/publication/323327729_FAMILIAS_NO_CUIDADO_A_SAUDE_DE_PESSOAS_COM_TRANSTORNO_MENTAL_REFLEXOS_DO_MODELO_DE_ASSISTENCIA)

CABO VERDE. Ministério da Saúde e Segurança Social. Lei do Internamento Compulsório. (2013) Disponível em <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/direcao-nacional-de-saude/saude-mental/245-lei-n-37-viii-2013-que-estabelece-os-principios-gerais-da-saude-mental/file>

CABO VERDE .Ministério da Saúde e Segurança Social. Protocolo Terapêutico em Psiquiatria. (2017). Disponível <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/doencas-nao-transmissiveis/182-pnsaude-mental>

CABO VERDE. Ministério da Saúde e Segurança Social. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021. Ministério da Saúde e da Segurança Social. (2017) Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-do-msss/plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-2017-2021/504-pnds-volume-i/file>

CABO VERDE. Ministério Da Saúde e da Segurança Social. Relatório Estatístico 2019. Praia, novembro de 2019. Disponível em: <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-1/538-relatorio-estatistico-2018-final/file>

CABO VERDE. [Constituição (2010)]. **Constituição da República de Cabo Verde**. 2ª Revisão Ordinária - Assembleia Nacional 4ª edição, Praia 2010. Disponível em <http://portais.parlamento.cv/rppd/legislacao/cr.pdf>

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico Nacional para Saúde Mental, 2009**. Disponível <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/doencas-nao-transmissiveis/182-pnsaude-mental>

CABO VERDE. Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde. **Programa Nacional de Saúde Mental. Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental 2021-2025**. Praia: MSSS; 2021 . [cited Dec 12, 2021]. Available from: <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/direcao-nacional-de-saude/saude-mental/572-plano-estrategico-saude-mental/file>

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Decreto-Lei nº 26/2007**. Boletim Oficial Nº 28. República de cabo verde, 517-519, 30 de julho de 2007. Disponível em <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/legislacaoms/68-etica-comite-de-dl-26-2007/file>

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Centros de Saúde, 2019**. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CABO VERDE. Ministério da saúde e segurança social. **Relatório Estatístico 2017**. Disponível em <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-1/496-relatorio-estatistico-de-2017-mss-spsa-03-05-2019/file>

CABO VERDE. **Decreto nº37/VIII, 7 de Agosto de 2013**. Princípios gerais e regulamento do internamento compulsivo dos portadores das anomalias psíquicas. **Boletim Oficial**. I Série. Nº39. Disponível em <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/direcao-nacional-de-saude/saude-mental/245-lei-n-37-viii-2013-que-estabelece-os-principios-gerais->

[da-saude-mental/file](#)

CABO VERDE. **Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania**. I relatório nacional de direitos humanos 2004 – 2010. 2011. Disponível em [http://cndhc.org.cv/images/download/I\\_Relatorio\\_Nacional\\_de\\_Direitos\\_Humanos\\_204-2010.pdf](http://cndhc.org.cv/images/download/I_Relatorio_Nacional_de_Direitos_Humanos_204-2010.pdf)

CABO VERDE. Ministério da Justiça e Trabalho. **II Plano Nacional de Ação para os Direitos Humanos e a Cidadania (2017-2022)**. Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania (CNDHC) 2018. Disponível em <http://www.cndhc.org.cv/images/download/II%20PNADHC%202018.pdf>

CABO VERDE. Ministério da saúde. **Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2015-2020**. Disponível em <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/336-plano-estrategico-de-desenvolvimento-dos-recursos-humanos-da-saude/file>

CABO VERDE. Instituto Nacional de Estatística. **Anuário Estatístico. Cabo Verde, 2018**. Disponível em <http://ine.cv/wp-content/uploads/2017/12/aecv-2017-versao-final-1.pdf>

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde. 2007**. Disponível em <http://www.minsaude.gov.cv/>

CAMPBELL, M.; Gregor, F. **Mapping social relations: a primer in doing institutional ethnography**. Toronto: University of Toronto Press (2008).

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate | Rio de Janeiro**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out- dez 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>

CARTHY, M. M.M.; HULS, S. Human Rights Violations and Mental Illness: Implications for Engagement and Adherence. **SAGE Open January-March** 2014: 1–18. 2014. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244014526209>

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. *et al.* (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-316.

CECHINEL, A. Estudo/Análise Documental: uma revisão teórica e metodológica. **Criar Educação**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação – UNESC. Criciúma, SC, v. 5, n.1, p.1-7, jan./Jun., 2016.

CONSTANTINIDIS, T. C. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? **Revista Psicologia USP**. 2017. Disponível <https://www.scielo.br/j/pusp/a/YkYyX89Ch56HyT3N5HJvrBj/abstract/?lang=pt>

COSTA, M. T. P.; BORGES, L. O.; BARROS, S. C. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitário. **Rev. Psicol., Organ. Trab.** vol.15 no.1 Florianópolis mar. 2015. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572015000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572015000100005)

ONU. Organização Mundial das Nações Unidas. **Declaração universal direitos humanos**. UNIC / Rio / 005 - Agosto 2009.

Disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>

DEMO, P. **Pesquisa e construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. 2ªed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012.

DEL'OLMO, F.S.; CERVI, T. M. D. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência (Florianópolis)**, n. 77, p. 197-220, nov. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/seq/n77/2177-7055-seq-77-197.pdf>

DUARTE, L. G. M. F.; NETO, J. L. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 2, p. 473-488, dez. 2016. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082016000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200016)

FERREIRA, J. T. et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes, Rolim de Moura**, vol. 4, n. 1, jan./jun., p. 72-86, 2016. Disponível <https://facsao paulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf>

FILHO, N. C. **Direitos Humanos Fundamentais**. 1º ed. Editora Saraiva, São Paulo 2012. Disponível em <https://forumturbo.org/wpcontent/uploads/wpforo/attachments/44447/3982-Saberes-do-Direito-Volume-57-DIREITOS-HUMANOS-E-FUNDAMENTAIS-1-edio.pdf>

FILHO, A. J. A. et al. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Rev. Enf. Ref.** vol.ser IV no. 4 Coimbra fev. 2015. Disponível [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000100013](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100013)

FLICK, Uwe. Introdução à pesquisa qualitativa. Tradução Joice EliasCosta. 3.ed. Porto Alegre: Artemed, 2009

FRACOLL, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(5):1135-41 <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde: Seletiva ou Coordenadora dos Cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em <https://ptdocz.com/doc/854421/aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-%C3%A0-sa%C3%BAde--seletiva-ou-coordenadora-dos>

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass, 1981.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. A. M. saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3255- 3262, 2015. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n10/3255-3262/pt>

JORGE, M. S.B. et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 63-74, ago. 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872014000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200006)

JUNIOR, E. B. OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, A. C. O; L.SCHNEKENBERG, G. F. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. *Cadernos da Fucamp*, v.20, n.44, p.36-51/2021. Disponível em <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356>

HALL, T. et al. Social inclusion and exclusion of people with mental illness in Timor-Leste: a qualitative investigation with multiple stakeholders. *BMC public health*, 19(1), 702.2019. Dis. [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf)

HIRDES, A.; SILVA, M. K.R. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Rio de Janeiro*, V. 38, N. 102, P. 582-592, jul-set 2014. Disponível em [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0582.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0582.pdf)

HIRDES, A; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(2):383-393, 2015. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n2/383-393/pt>

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4):1247-1254, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n4/1413-8123-csc-24-04-1247.pdf>

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. *Atas CIAIQ2015*. Investigação Qualitativa em Educação/Investigación Cualitativa en Educación, v. 2, p. 243-247, 2015.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*, *Rio de Janeiro*, 32(8):e00183415, ago, 2016. <https://www.scielo.org/pdf/csp/2016.v32n8/e00183415/pt>

KELLY, B. D. “Mental Health, Mental Illness, and Human Rights in India and Elsewhere: What Are We Aiming For?” *Indian Journal of Psychiatry* 58.Suppl 2 2016. S168–S174. PMC. Web. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5282611/>

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. *Atas CIAIQ2015*. Investigação Qualitativa em Educação/Investigación Cualitativa en Educación, v. 2, p. 243-247, 2015.

MACIEL, T. S.; BRABO, T. S. A. M. Dimensão histórica dos direitos Humanos: contexto internacional, nacional e as “gerações de direitos”. *Caderndo de Relações Internacionais*, vol. 7, nº 12, jan-jul. 2016 <http://www.faculdedamas.edu.br/revistafd/index.php/relacoesinternacionais/article/view/167/157>

MARTINS, P. P. S.; LORENZI, C. G. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. *Psic.: Teor. e Pesq.* Brasília, Vol. 32 n. 4, pp. 1-9. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102->

[37722016000400216&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/sci_abstract&tlng=pt)

MENDES, E.V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília- **Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – CONASS, 2015

2015. Disponível em <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Revista Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00881.pdf>

MUGISHA, J. et al. Health systems context(s) for integrating mental health into primary health care in six Emerald countries: a situation analysis. **International Journal of Mental Health Systems**. volume 11, Article number: 7 (2017). Disponível em <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-016-0114-2>

MUNARI, D. B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** 2008;10(3):784-95. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>.

NASCIMENTO, K. C. Et al. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(3):940-8, mar., 2016. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141077/000990845.pdf?sequence=1>  
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141077/000990845.pdf?sequence=1>

OLIVEIRA, L. M. Princípio da universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo. **Revista Direito à Saúde**. 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v12n3/v12n3a04.pdf> acessado em 12/08/2019

OLIVEIRA, E. C. et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc. Anna Nery** [online]. 2017, vol.21, n.3, e20160040. Epub June 05, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf)

OLIVEIRA, T.T.S.S.; FABRICI, E.P. Estrutura e funcionamento de uma equipe de saúde mental de Trieste na perspectiva de seus integrantes: um estudo qualitativo. **Psicol. Pesqui. Juiz de Fora** 12(2) 1-12. Maio-Agosto de 2018. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/327124194\\_Estrutura\\_e\\_funcionamento\\_de\\_uma\\_equipe\\_de\\_saude\\_mental\\_de\\_Trieste\\_na\\_perspectiva\\_de\\_seus\\_integrantes\\_um\\_estudo\\_qualitativo](https://www.researchgate.net/publication/327124194_Estrutura_e_funcionamento_de_uma_equipe_de_saude_mental_de_Trieste_na_perspectiva_de_seus_integrantes_um_estudo_qualitativo)

WHO. World health organization. **Arguing for Universal Health Coverage-2013**. Disponível em [https://www.who.int/health\\_financing/UHC\\_ENvs\\_BD.PDF?ua=1](https://www.who.int/health_financing/UHC_ENvs_BD.PDF?ua=1)

OMS. Organização mundial da saúde. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar, sim - Excluir, não**. Genebra 27 :Suíça, 2005. Disponível em [http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao\\_FINAL.pdf](http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf)

WHO. World health organization. **Integrating mental health into primary care A global perspective.** World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008. Disponível em [https://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf)

OMS. Organização mundial saúde. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global.** Portugal. 2009. Disponível em [https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)

OMS. Organização mundial da saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2013: Pesquisa para a cobertura universal de saúde.** Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598\\_por.pdf;jsessionid=3435AFA491D0CF4396A7E455BF7159F3?sequence=26](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85761/9789248564598_por.pdf;jsessionid=3435AFA491D0CF4396A7E455BF7159F3?sequence=26)

ONU. Organizações das nações unidas. **Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York and Geneva, 2008 Geneva.** Disponível em [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool\\_en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_en.pdf)

PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jul-set; 13 (3): 500-07. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>

POREDDI, V. et al. People with mental illness and human rights: A developing countries perspective. **Indian journal of psychiatry.** 2013. Disponível <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3696232/>

RAMOS, A. C.; CALAIS, S. L.; ZOTESSO, M. C. Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. **Contextos Clínicos – Vol. 12, n.1.** 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v12n1/v12n1a13.pdf>

REIS, T. L. et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85, 2016. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40n109/70-85/>

REKHIS, M.; HAMOUDA, A. B.; OUANES, S. Rights of people with mental disorders: Realities in healthcare facilities in Tunisia. **International Journal of Social Psychiatry.** 2017. Disponível em <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764017712301#>

ROTOLI, A. et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery.** 23(2) 2019. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt\\_1414-8145-ean-23-02-e20180303.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n2/pt_1414-8145-ean-23-02-e20180303.pdf)

SCHULTZ, G. Série Ensino, Aprendizagem e Tecnologias: Introdução à gestão de organizações. **SEAD/UFRGS.** – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016. <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad103.pdf>

SÍLVIA, G. et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão** Abr/Jun. 2017 v. 37 n°2, 404-417. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>

SILVA, F. C. S. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento** |vol. 7, n.4 | jan – dez 2015. Disponível em <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvim ento/article/view/373>

SMITH, D. Feminist Standpoint Theory. *Sociology* 319. **Contemporary Social Theories**. March 22, 2006. <http://uregina.ca/~gingrich/319m2206.htm>

SMITH, D. **Institutional ethnography: sociology for people**. Lanham: Altamira Press; 2005.

SCHIAVON, I. C. A. et al. Produção científica sobre análise do discurso na enfermagem e referenciais teóricos utilizados. **HOLOS**, Ano 33, Vol. 05. 2017. Disponível em [www2.ifrn.edu.br › ojs › index.php › HOLOS › article › download › pdf](http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/download/pdf)

SOUSA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez. 2014. <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0227.pdf>

SUMAR, N.; FAUSTO, M.C.R. F. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care** 2014; 5(2):202-212. Disponível <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/217>

STEINERT, C. et al. Impact of the UN convention on the rights of persons with disabilities (UN-CRPD) on mental health care research - a systematic review. **BMC Psychiatry**. 2016. 16:166. Disponível <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0862-1>

SZMUKLER, G.; D.A.W. R.; CALLARD, F. “Mental Health Law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.” **International Journal of Law and Psychiatry** 37.3. 2014. 245–252. PMC. Web. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4024199/>

SZMUKLER, G.; BACH, M. Mental health disabilities and human rights protections. **Global Mental Health**. 2015;2:e20. doi:10.1017/gmh.2015.18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269623/>

VASCONCELOS, A. M. A.; SILVA, D. G. Concepção de cuidados em saúde mental na atenção primária à saúde. **R. Interd.** v. 10, n. 3, p. 71-77, jul. ago. set. 2017. Disponível em <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1250>

VERAS, R. M. et al. Etnografia Institucional: possibilidades e limites na investigação qualitativa em saúde. **Revista Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2.p.1-10. 2016. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/825>

VIANNA, N.G.; CAVALCANTI. M. L. T.; ACIOLI, M. D. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(7):2179-2188,2014. <https://scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n7/2179-2188/pt>

WENCESLAU, L.D; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**,19(55), 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401121&script=sci\\_abstract&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401121&script=sci_abstract&tlng=p)

# APÊNDICES

## APÊNDICE - A

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

 <p><b>Universidade Federal do Rio Grande.</b> C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande –Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 32336500</p>	 <p><b>Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde.</b> C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 32374611</p>	 <p><b>Ministério da Saúde e da Segurança Social</b> <b>Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde (CNEPS),</b> Secretariado: Direcção Nacional de Saúde, Telefone-2610125, Ministério da Saúde e da Segurança Social, C.P.47, Praia</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Meu nome é Ana Suzete Baessa Moniz, sou aluno(a) do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, e estou realizando esta pesquisa intitulada “**Saúde mental na atenção primária em Cabo Verde- cidade da Praia/África: barreiras que enfrentam as famílias e as pessoas com transtornos mentais**”, sob orientação da professora **Doutora Mara Regina Santos da Silva** – Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES). Após realizar o processo de consentimento, gostaria de convidar você para participar do estudo, respondendo a uma entrevista que será gravada, para que nenhum detalhe importante seja perdido. Os dados coletados serão usados somente nesta pesquisa, que possui os objetivos **Objetivo Geral:** Aprofundar a compreensão acerca do processo de integração da assistência em saúde mental nos serviços de Atenção Primária em Saúde, na ilha de Santiago-Praia, em Cabo Verde/África, tendo como balisadores teóricos os princípios e diretrizes que regem o Serviço Nacional de Saúde do país. **Objetivos Específicos:** (1) Identificar nos documentos institucionais os princípios e as diretrizes que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a rede de Atenção Primária em Saúde, em Cabo Verde/África; (2) Identificar as ações que prioritariamente são desenvolvidas por profissionais que trabalham em serviços da APS de Cabo Verde/África com pessoas acometidas de transtorno mental e seus familiares; (3) Aprender, com base no discurso dos profissionais, a finalidade das ações desenvolvidas com as pessoas acometidas de transtorno mental e suas famílias; (4) Conhecer a percepção dos profissionais sobre os princípios e diretrizes que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a rede de Atenção Primária em Saúde; (5) Mapear as barreiras que, do ponto de vista dos profissionais, dificultam a integração das pessoas com transtorno mentais nos serviços de Atenção Primária à Saúde em Santiago, Cabo Verde/África.

Dessa maneira, a pesquisa trará benefícios diretos não só para os participantes, mas, também, para as pessoas com transtorno mental e suas famílias, através do melhoramento das práticas profissionais desenvolvidas na Rede de Atenção Primária de Cabo Verde. Principalmente pela possibilidade de repensar a organização dos serviços e favorecer o acolhimento desta população específica. Os riscos dessa pesquisa são (*mínimos*), como o (*desconforto emocional*), frente a estes riscos o pesquisador se compromete em garantir para você a assistência integral e gratuita. Sua participação é livre de despesas pessoais e compensação financeira, se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Você tem o direito de se manter informado sobre os resultados parciais e finais, os quais serão publicados em eventos e periódicos científicos, mantendo-se o anonimato de sua identidade. É garantida a liberdade de retirada do consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você, para tanto entre em contato comigo (endereço: Praia, e-mail: [anam.enf@hotmail.com](mailto:anam.enf@hotmail.com), telefone: (0238) 9550520/9392635) ou com o(a) pesquisador(a) responsável Professora Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva (endereço: Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil, e-mail: [marare2021@gmail.com](mailto:marare2021@gmail.com), Skype: marare2; telefone: (0055) 53 8111-3621) ou ainda pelo CEP-FURG (endereço: segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS, e-mail: [cep@furg.br](mailto:cep@furg.br), telefone: 3237.3011) ou com a coorientadora Professora Dr<sup>a</sup> Francisca Suassuna de Mello Freyre Monteiro - Kika Freyre e-mail: [francisca.monteiro@docente.uniev.edu.cv](mailto:francisca.monteiro@docente.uniev.edu.cv)-Telefone:+238.983.5979, DN:13.10.1976 – Recife/Brasil. CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social. Você receberá uma via deste termo e a outra ficará com o(a) pesquisador(a).

Você aceita participar?

Eu aceito participar dessa pesquisa

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do (a) participante/responsável. Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável. Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Espaço para digital  
(se necessário)

## APÊNDICE- B

CODIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

 <p><b>Universidade Federal do Rio Grande.</b> C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 32336500</p>	 <p><b>Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde.</b> C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 32374611</p>	 <p><b>Ministério da Saúde e da Segurança Social</b> <b>Comité Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde (CNEPS),</b> Secretariado: Direção Nacional de Saúde, Telefone-2610125, Ministério da Saúde e da Segurança Social, C.P.47, Praia</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

### PREÂMBULO

- ✓ Agradecimento pela participação
- ✓ Apresentação do assunto abordado na pesquisa e a finalidade do estudo;
- ✓ Esclarecimento sobre as questões éticas relacionadas com a pesquisa;
- ✓ Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e do consentimento para a gravação em áudio;

### Parte I: Caracterização dos participantes do estudo

1. Área de formação: \_\_\_\_\_
2. Grau de formação \_\_\_\_\_
3. Tempo de formação em anos: \_\_\_\_\_
4. Idade: \_\_\_\_\_
5. Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_
6. Morada: \_\_\_\_\_
7. Estado Civil: \_\_\_\_\_
8. Tempo de vínculo no serviço de saúde em anos: \_\_\_\_\_

### Parte II : A relação entre os princípios- Universalidade, Equidade, Integralidade e a condição de transtorno mental

- 1) Quando se fala de assistência à saúde, qual o significado que tem para você os princípios: universalidade, equidade e integralidade?
- 2) Como você avalia a aplicação desses princípios no Centro onde trabalha?
- 3) Como você avalia a aplicação desses princípios na Atenção Primária em Cabo Verde?
- 4) Como você avalia a aplicação desses princípios especificamente às pessoas com transtornos mentais

### **Parte III: O serviço e o atendimento das pessoas com transtornos mentais e suas famílias**

- 1) Como você avalia o serviço de saúde onde trabalha no que tange ao atendimento das pessoas com transtorno mental?
- 2) Que tipo de apoio existe no serviço para as pessoas com transtorno mental e seus familiares?
- 3) O que considera necessário para que as pessoas com transtornos mentais sejam atendidas nesse serviço de forma resolutiva?

### **Parte IV: Barreiras/dificuldades para atendimento da pessoa com transtorno mental no serviço**

Pense em diferentes situações em que você atendeu de uma pessoa com transtorno mental. Se possível, fale um pouco destas situações.

- 1) Que tipo de cuidado ofereceu a essa pessoa?
- 2) O que você sentiu no momento? Como você reagiu?
- 3) O que facilitou sua atuação no cuidado dessa pessoa com transtorno mental? E o que dificultou sua atuação?
- 4) Quais os sentimentos e reações mais frequentes que os demais profissionais da equipe manifestam quando chega uma pessoa com transtorno mental?
- 5) Quais os comportamentos dos demais profissionais da sua equipe que você considera indicativos de acolhimento das pessoas com transtorno mental e seus familiares?
- 6) Quais os comportamentos dos demais profissionais que você considera indicativos de dificuldade para atenderem as pessoas com transtorno mental e seus familiares

### **Parte V: Estratégias e o recurso para atendimento a pessoa com transtorno mental**

- 1) Quais as estratégias que existem no serviço que você utiliza para atender a pessoa com transtorno mental e seus familiares?
- 2) No serviço existe algum protocolo para atendimento a pessoa com transtorno mental? Caso não existir quais são os procedimentos para o atendimento?
- 3) Quais as ações que desenvolvem com a pessoa com transtorno mental e seus familiares? E com que frequência são realizadas?
- 4) De uma forma geral, que dificuldades você apontaria acerca do atendimento as pessoas com transtorno mental.

### **FINALIZAÇÃO**

- ✓ Agradecimento pela participação;
- ✓ Caso necessário dar oportunidade para questionamento do participante.

## APÊNDICE- C

Excelentíssima (o) \_\_\_\_\_

Praia Cabo Verde

### **Assunto: Autorização para recolha de dados**

Eu, Ana Suzete Baessa Moniz, Enfermeira Mestre, estudante do curso de Doutorado em Enfermagem na área de Saúde Mental, na Universidade Federal do Rio Grande- Brasil, venho solicitar a vossa autorização para a realização da recolha de dados, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Agostinho Neto-Extensão Trindade.

**Os dados serão utilizados na Tese de doutorado intitulada “SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: BARREIRAS QUE ENFRENTAM AS FAMÍLIAS E AS PESSOAS CABOVERDIANAS COM TRANSTORNOS MENTAIS”.** O objetivo geral deste estudo é aprofundar a compreensão acerca das barreiras que dificultam a assistência prestada às famílias e às pessoas com transtornos mentais, nos serviços de Atenção Primária em saúde, na ilha de Santiago-Praia, em Cabo Verde/África, tendo como fundamentação teóricos os princípios que regem o Serviço Nacional de Saúde do país. Os objetivos específicos são:

1. Identificar nos documentos institucionais os princípios e as diretrizes que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a rede de Atenção Primária em Saúde, em Cabo Verde/África;
2. Identificar as ações que prioritariamente são desenvolvidas por profissionais que trabalham em serviços da APS de Cabo Verde/África com pessoas acometidas de transtorno mental e seus familiares;
3. Apreender, com base no discurso dos profissionais, a finalidade das ações desenvolvidas com as pessoas acometidas de transtorno mental e suas famílias;
4. Conhecer a percepção dos profissionais sobre os princípios e diretrizes que orientam as práticas profissionais e a organização dos serviços que integram a rede de Atenção Primária em Saúde;

5. Mapear as barreiras que, do ponto de vista dos profissionais, dificultam a integração das pessoas com transtorno mentais nos serviços de Atenção Primária à Saúde em Santiago, Cabo Verde/África.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, que integra abordagens qualitativas, a assistência em saúde mental na Atenção Primária. Os dados obtidos através do levantamento nos registos de internamento, ocorrido no Serviço de Psiquiatria Extensão Trindade do Hospital Doutor Agostinho Neto no ano de 2019, permitirá identificar as equipas do Centro de Saúde localizado no território com maior número de famílias usuárias do serviço de Psiquiatria, respondendo ao objetivo específico 2. Os demais objetivos específicos, serão respondidos pela realização de observação não participativa e de entrevistas semiestruturadas com toda a equipe do Centro de Saúde identificado. Este estudo está sendo desenvolvido sob a orientação da **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva** – Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES) e pela com a coorientadora **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Francisca Suassuna de Mello Freyre Monteiro**- Psicóloga e docente da Universidade de Cabo Verde.

Ciente da atenção dispensada, aguardo ansiosamente a vossa resposta.

Despeço-me com as mais elevadas considerações.

Envio anexo o Projeto de Pesquisa.

Cordialmente

Praia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2020

An a Suzete Baess a Moniz

*Ana Suzete Baessa Moniz*

**Contatos:**

anam.enf@hotmail.com – 9550520/9392635

marare2021@gmail.com - 55 (53)81113621

*Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva*  
Coordenadora  
de Pós-Graduação em Enfermagem

Mara Regina Santos da Silva