



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



FRANCILVA MARTA MACHADO ROCHA

**MÃOS QUE TECEM A REDE: UMA PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DE
SABERES E PRÁTICAS DA LINHA DE CUIDADO E SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE UNIÃO-PI.**

FORTALEZA-CEARÁ

2014

FRANCILVA MARTA MACHADO ROCHA

MÃOS QUE TECEM A REDE: UMA PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DE
SABERES E PRÁTICAS DA LINHA DE CUIDADO E SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE UNIÃO-PI.

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional

Orientador. Prof. Dra Ana Patrícia Pereira. Morais

FORTALEZA-CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Rocha, Francilva Marta Machado.

Mãos que tecem a rede: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado e saúde mental na atenção primária no município de União-PI. [recurso eletrônico] / Francilva Marta Machado Rocha. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 103 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof.^a Dra. Ana Patrícia Pereira. Morais .

1. Reforma psiquiátrica. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde Mental. I. Título.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – *Campus* do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **“MÃOS QUE TECEM A REDE: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da saúde mental na atenção primária no município de União-PI.”**

Nome da Mestranda: **Francilva Marta Machado Rocha.**

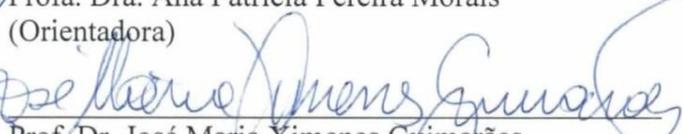
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais.**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

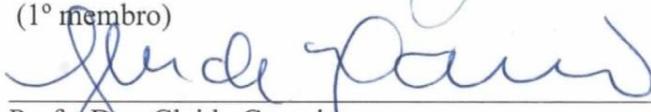
BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais
(Orientadora)


Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães

(1º membro)


Profa. Dra. Cleide Carneiro

(2º membro)


Prof. Dr. Heraldo Simões Ferreira

(Suplente)

Data da defesa: 15/04/2014

Dedico aos meus Agentes Comunitários de Saúde Antônio Marques, Machado, Lourival, Risomar, Neurivania e Antônio Filho, por eles serem sensíveis à causa da saúde mental.

É assim que eu os considero como meus, a agente cuida do que lhe pertence e esse cuidado também é retribuído.

AGRADECIMENTO

A **Deus**, por iluminar a cada dia e me mostrar o melhor caminho de conduzir a minha vida.

A minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Morais**, por ter aceitado esse desafio e por me orientar.

Ao **Prof. José Maria Ximenes Guimarães**, pelo material de estudo e reflexão na elaboração do projeto de pesquisa.

Aos meus pais, **Francisco Cardoso da Rocha e Maria das Graças Morais Machado Rocha** pelo carinho, amor, dedicação e compreensão.

A todos **meus amigos do mestrado**, por terem compartilhado comigo reflexões, experiências do trabalho na Estratégia Saúde da Família; em especial ao meu amigo **Edilberto Irineu** por esta sempre presente nessa longa jornada, ser meu confidente nas minhas dificuldades e por dar seus conselhos valiosos.

Aos professores do mestrado pelo aprendizado em especial a **Prof. Dra. Annatália Gomes**

Aos **meus irmãos Assunção e Serginho** por me apoiarem e estarem presente nessa jornada do mestrado.

A **minha amiga Rejane Dias** por ter me acompanhado nas minhas aulas de inglês, sem a sua força e apoio eu não teria conseguido superar este obstáculo.

A Coordenadora do CAPS Sudeste **Jéssica Walquíria** pela sua amizade e apoio nas minhas ausências do serviço.

A **minha amiga Cristiana Sales** pelo apoio e ajuda com material de estudo.

Aos **meus irmãos Zeze, Bebel e Carlinho** por estarem sempre presente na minha vida.

"[...] toda compreensão de algo corresponde cedo ou tarde, uma ação.

Captado um desafio, compreendido, admitidas as hipóteses de resposta o homem age. A natureza da ação corresponde à natureza da compreensão.

Se a compreensão é crítica ou preponderantemente crítica, ação também o será.

Se é mágica a compreensão, mágica será a ação".

(FREIRE, 1992).

RESUMO

Esta pesquisa se caracteriza como Projeto-intervenção, porque tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, com abordagem qualitativa e natureza analítico-descritiva, tendo em vista as características do objeto de estudo que buscou compreender as dificuldades, necessidades e perspectivas no acompanhamento da doença mental na atenção básica, representada por três grupos focais, usuários com familiares, profissionais da ESF e profissionais da saúde mental, com o intuito de identificar suas fragilidades e potencialidades e assim fortalecer os integrantes dessa linha de cuidado da atenção psicossocial com objetivo de elaborar uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Foi realizado em uma equipe da ESF da zona rural do Município União-PI. O procedimento da intervenção teve a duração de quatro meses. O estudo se divide em três momentos para o levantamento das dificuldades, necessidades e perspectivas da assistência feita em saúde mental. Momento I: roda de conversa com usuários e familiares. Momento II: roda de conversa com profissionais da ESF. Momento III: roda de conversa com profissionais da equipe matricial. Como critério de identificação das ações do matriciamento na EqSF foi realizado registros tais como: diário de campo e relatório das rodas de conversa, que possibilitaram espaços de discussão das situações adversas e propor intervenções de acordo com os elementos de análise das representações dos sujeitos sobre o serviço de saúde mental da atenção básica e assim discutir a realidade da área e entender o papel de cada um neste contexto e saber que mesmo seja feito pelo NASF ou CAPS, o matriciamento não é ir lá e fazer sozinho pois não dar conta, e nem fazer só o tratamento medicamentoso e nem muito menos ir lá e dizer como deve ser feito porque cada profissional tem domínio da sua expertise, mas manter um corresponsabilidade nessa construção da linha de cuidado.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

This research is characterized as design -intervention , because is based on the idea of a dialectical relationship between research and action , with a qualitative approach and descriptive - analytical nature, in view of the characteristics of the object of study that sought to understand the problems , needs and prospects in monitoring mental illness in primary care , represented by three focus groups with family members , professionals FHS and mental health professionals , in order to identify their strengths and weaknesses and thus strengthen the members of this line of care psychosocial care aiming to develop a proposal for reorientation of knowledge and practice the line of care in mental health in primary care . Was performed in a team FHS from rural Union County -PI . The procedure of the intervention lasted for four months. The study is divided into three moments to survey the problems , needs and perspectives of the care taken in mental health . Moment I: Wheel of conversation with patients and families . Moment II : wheel conversation with FHT professionals . Moment III : wheel conversation with professionals matrix team. As a criterion for the identification of the actions of the matricial EqSF was held records such as daily field report and discussion of the wheels , which allowed space for discussion of adverse situations and propose interventions according to the elements of analysis of the representations of the subjects on the mental health and primary care as well to discuss the reality of the area and understand the role of each in this context and know that it is done by NASF or CAPS , the matricial service is not to go out there and do not handle it alone , and neither only do drug treatment and much less go there and say it should be done because each professional has their area of expertise , but maintain a responsibility of this construction type of care .

Keywords : Psychiatric reform. Primary Health Care Mental Health .

LISTA DE ABREVIATURAS E CICLAS

ACS	Agentes comunitários de saúde
ACD	Auxiliar de consultório dentário
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS I	Centros de Atenção Psicossocial tipo I
CNSM	Conferencia Nacional de Saúde mental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de apoio em saúde da família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SRT	Serviço de residência terapêutica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade básica de saúde da família

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS.....	17
2.1	FALAR DE SAÚDE MENTAL DA ATENÇÃO BÁSICA E NÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	19
3	PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1	TIPO DE ESTUDO	27
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	29
3.3	UNIVERSO DO ESTUDO E PARTICIPANTAS.....	30
3.3.1	Procedimentos éticos	32
3.3.2	Procedimentos para conhecer a representação coletiva.....	33
3.3.3	Caracterização dos participantes.....	36
3.6	MÉTODO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	37
4	RELATORIOS DAS RODAS	40
4.1	PRIMEIRA RODA DE CONVERSA (USUARIOS E FAMILIAS).....	40
4.2	SEGUNDA RODA DE CONVERÇA (PROFISSIONAIS DA EFS).....	43
4.3	TERCEIRA RODA DE CONVERSA (PROFICIONAIS DA SAÚDE MENTAL..	47
5	OBSERVAÇÃO DE CAMPO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..	52
5.1	QUADRO DE ANÁLISE PARA A ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DOS SABERES E PRATICAS DE SAÚDE MENTAL DA ATENÇÃO BÁSICA.....	53
5.2	NA CONTRA MÃO DA REDE: ELEMENTOS DE ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DE UM DIÁLOGO ENTRE OS SUJEITOS DAS RODAS.....	55
5.3	AS MÃOS DA REDE: QUE PAPEL É ESSE DOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO LÁ.....	66
5.4	DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO E AS LINHAS DE AÇÃO A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES DOS INTEGRANTES DA REDE	70
5.5	DEFINIÇÃO DE ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS PARA O ALCANCE DE CADA OBJETIVO	72
5.6	DEFINIÇÃO DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE ALCANCE DOS OBJETIVOS E CUMPRIMENTO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS.....	79

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERENCIA.....	85
	APÊNDICES	
	APÊNDICE I TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS	89
	APÊNDICE II TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS FAMILIARES	92
	APÊNDICE III TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS DA ESF	95
	APÊNDICE IV TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL	98
	APÊNDICE V ORIENTAÇÃO PARA MANEJO TERAPEUTICO COMPARTILHADO SAÚDE MENTAL – ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	101
	ANEXO I.....	103

1. INTRODUÇÃO

Quando estávamos trabalhando o projeto de pesquisa na sala de aula, foi questionado o meu papel no contexto desse projeto, esse questionamento foi feito pelo fato de eu ter transitado por vários setores nesse período de dois anos do mestrado. As reflexões foram longas e profundas. Quando comecei o mestrado, eu estava inserida como enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família, nesse momento já começaram a discutir o acompanhamento dos usuários de saúde mental que residem na zona rural, principalmente pela dificuldade de acesso, causado pela distância da sede e consecutivamente do CAPS, e como consequência disto a quebra da assistência medicamentosa. Depois fui integrar um grupo que concorreu e ganhou a eleição do sindicato dos servidores públicos do município de União, assim me afastei com disposição para assumir uma vaga na diretoria, no ano seguinte fui convidada para colaborar no serviço de saúde mental local, pois estavam passando por vários problemas e como eu já tinha experiência em CAPS, eu aceitei por um curto período.

Após discussões da dificuldade da manutenção do tratamento psiquiátrico dos usuários que moram na zona rural por causa da distancia da sede a equipe de Saúde Mental resolveu matricular somente estas áreas dividindo este território entre as duas equipes a do CAPS e do NASF. Fizeram esta divisão apenas da zona rural por causa da carga horária reduzida de trabalho desses profissionais que são vinte horas semanais cumpridos em quatro turnos e ainda ter que funcionar o dispositivo CAPS e as outras ações do NASF.

As ações de matriciamento realizadas na UBS Elmira Irene Machado, a área escolhida para teste piloto, consistem em consultas médicas psiquiátricas e dispensação de medicação descentralizada, ou seja, ações pontuais que amenizaram parcialmente o problema dos usuários e seus familiares. Os usuários com doença mental não são acompanhados por outro integrante da equipe da ESF, apesar dos usuários terem outras patologias associadas, esta é desligada da doença mental e por sua vez não integra o acompanhamento ao grupo familiar, que é o foco das ações da atenção básica. A consulta psiquiátrica que é realizada uma vez por mês e para entrega de alguns medicamentos mesmo sendo mensal e levado pela técnica de referencia do CAPS é feito em dia diferente da consulta. O atendimento é exclusivo da equipe do CAPS, tendo como os agentes comunitários de saúde os únicos integrantes da ESF a participar do matriciamento com a função de avisar ou lembrar aos usuários e ou seus familiares o dia da consulta e entrega da medicação.

A equipe de saúde mental não compartilha com a equipe da ESF esse atendimento e a justificativa da ESF de não participar desse atendimento é a sobrecarga dos profissionais

com a demanda da área, a falta de preparo para esse tipo de atendimento e ter muitos indicadores para alcançar, e a saúde mental não tem esta cobrança, tendo como único indicador informado pelo ACS, a doença em seu estado lastimável que é a internação em hospital psiquiátrico, isto de uma determinada forma exige o profissional da ESF dos cuidados com a saúde mental, deixando a cargo único e de forma exclusiva a equipe de saúde mental, mesmo vendo que apresentam demandas de diferentes formas de sofrimento, fossem devido à doença, como falta da medicação ou de informação, problemas financeiros, jurídicos como falta de documentos, fossem por causa de conflitos no relacionamento familiar e da falta de perspectiva.

No início do ano de 2013, presenciei a fragilidade das políticas públicas da saúde mental, com as mudanças de gestão os que fazem acompanhamento psiquiátrico que necessitam de atendimento contínuo, estavam sem atendimento psiquiátrico há três meses, porque logo após as eleições os profissionais do CAPS contratados de forma precária, foram demitidos, quebrando totalmente a assistência de saúde mental, muitos usuários estavam sem a medicação, mesmo os prontuários tendo ficado nas UBS da zona rural, a maioria dos médicos não davam a receita para aquisição de psicotrópicos, então vários familiares e usuários procuraram o CAPS na tentativa de obter a receita, mas como não tinham nenhum registro do acompanhamento medicamentoso, ficaram sem resolução do problema e retornaram a UBS da zona rural para conseguir o prontuário e leva-lo ao CAPS, ou seja, o prontuário era entregue ao usuário sem controle desses registros.

A falta da medicação também provocou uma enorme procura por internações psiquiátricas no hospital de referência estadual, localizado em Teresina, esse sem leitos disponíveis. Essa situação relatada contrasta com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira que tem como característica a tentativa de superação do cenário histórico da desassistência e maus tratos no campo da saúde mental.

Por sua vez, a equipe da ESF se manteve distante do atendimento a esses usuários mesmo com uma relação longitudinal no tempo, por se sentirem sem responsabilidades sobre estes casos e até mesmo sem segurança dessa assistência.

Essa vivência como profissional da atenção básica e como profissional do CAPS reforçou em mim o entendimento que a saúde mental não pode ser encarada como ações pontuais obedecendo à lógica do encaminhamento para outros serviços especializados indiscriminadamente e nem muito menos ser desenvolvido por um profissional sensível a essas questões de saúde mental, e nem a colaboração no acompanhamento da ESF ficar restrito aos avisos dos ACS para lembrar a consulta do psiquiatra, mas devido à

complexidade dos casos que envolvem sofrimento das pessoas são necessárias ações em colaboração multiprofissional que almejem alcançar adaptações do sujeito ao meio social e as necessidades que deste imergem e adaptar esse meio social aos usuários minimizando as barreiras do preconceito instaladas e buscar a manutenção do cuidado na própria comunidade.

Esta situação descrita me fez questionar: Quais as ações de saúde mental podem ser realizadas com corresponsabilidade pela equipe referencial e matricial na atenção básica?

Para responder a este questionamento elegi como primeiro passo, saber a concepção dessas pessoas que sofrem a ação e as que estão realizando estas ações em uma equipe da zona rural como teste piloto. A atenção básica, no campo da saúde pública brasileira, constitui-se em um espaço privilegiado de intervenção mostrando-se como uma estratégia significativa para traçar ações focadas no eixo territorial onde estas famílias implicadas estão vivendo, e isso traz a perspectiva do deslocamento essencial da intervenção dos hospitais psiquiátricos para a comunidade. O deslocamento do centro de interesse somente da doença para a pessoa e para a sua desabilidade social e o deslocamento de uma ação individual para uma ação coletiva nos confrontos dos pacientes com seus contextos (RONTELE, 1990).

De acordo com o manual de orientação dos Centros de Atenção Psicossocial, Brasil (2004), os CAPS são dispositivos que devem articular as redes de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas da inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

Mas o cenário que encontramos não é esse, o de serviço complementar e compartilhado das responsabilidades. Tendo como fato concreto da intervenção da reforma psiquiátrica, o fechamento do Sanatório Meduna e a diminuição de leitos no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu. Para Amarante (1996) traça três formulações importantes de desinstitucionalização, a saber: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução. Esta última aborda além de outros fatores a diminuição dos leitos sem o funcionamento do serviço substitutivo, rompendo o princípio e a lógica da assistência, penaliza os usuários e seus familiares que estão no atropelo da doença instalada.

Não dar para executar estas ações só, devido o grau de complexidade e de vários conhecimentos e abordagens que esta assistência requer, tem que ficar sustentado numa ligação de complementariedade e compartilhar da assistência, baseado na lógica de funcionamento do território.

A Estratégia de Saúde da Família é vista como proposta estruturante da Atenção Primária, porque está no primeiro nível de atenção como porta de entrada para o sistema, tendo, nas unidades básicas de saúde sua instância operacional com nível próprio de atendimento para prestar assistência de saúde aos usuários, família e comunidade da sua área adscrita.

Os dispositivos que constituem as redes de saúde do Município de União são formados pelos serviços substitutivos CAPS I, uma equipe de NASF habilitado em saúde mental, quinze equipes da ESF, sendo nove a zona rural e sete a zona urbana, um serviço residência terapêutica e hospital geral com cinco leitos habilitados, mas ainda desativados. Estes dispositivos são necessários para atender a complexidade da demanda da população com transtorno mental e seus familiares, mas atuam de forma desarticulada mesmo tendo implantado o instrumento de matriciamento nas UBS da zona rural. Neste contexto destaca-se a necessidade de organização e hierarquização da rede de atenção em saúde mental para atender a vários níveis de complexidade dos usuários com transtorno mental iniciando pela Atenção Básica.

Saúde mental hoje no Piauí passa por dificuldades funcionais, fazer encaminhamentos durante crises não é atualmente uma boa alternativa, porque com a redução do número de leitos psiquiátricos, sem o fortalecimento dos outros setores envolvidos na reforma psiquiátrica deixou uma lacuna no que pode ser chamado serviço de qualidade, uma saída é explorar mais as possibilidades na rede básica com relação a responsabilização no cuidado ao usuário.

Neste estudo optei pela terminologia usuário como sinônimo de pessoa com doença mental ou sujeito com sofrimento psíquico, por ser um sujeito que utiliza os serviços de saúde, principalmente o de atenção psicossocial

A existência dos serviços de saúde mental composta pelo NASF e CAPS I e da ESF ambos com a mesma área adscrita porque a cada ESF tem seu território e todos são de responsabilidade das equipes de saúde mental, isso nos leva a considerar que o prioritário é o desenvolvimento de ações conjuntas, articuladas de acordo com o grau de complexidade que a situação exige no atendendo as reais necessidades de saúde das famílias implicadas, no qual é possível interligar os serviços existentes, organizar em uma rede de saúde mental, a partir do pressuposto da construção coletiva do plano de intervenção.

Tal pesquisa é relevante na medida em que dar voz aos usuários e familiares e não somente aos profissionais. Espero que todos, usuários, familiares e profissionais da ESF, e da

saúde mental sejam ouvidos em seus anseios e saibam ouvir os anseios dos outros e se sintam envolvidos nesse processo de construção.

Diante disto, o presente estudo teve por objetivo compreender as dificuldades, necessidades e perspectivas no acompanhamento da doença mental na atenção básica, representada por três grupos focais, usuários com familiares, profissionais da ESF e profissionais da saúde mental, com o intuito de identificar suas fragilidades e potencialidades e assim fortalecer os integrantes dessa linha de cuidado da atenção psicossocial com uma proposta de reorientação dos saberes e práticas da saúde mental na atenção básica.

Atenção Psicossocial tem se mostrado como paradigma desencadeador de tensões na operacionalização das práticas nos serviços de saúde, contudo é justamente nesse campo de tensão entre o novo e o velho, do conflito entre a atenção psicossocial e o modelo psiquiátrico tradicional, que surge a possibilidade de ruptura da ideologia do tradicional (KANTOSKI, 2001).

O Projeto-intervenção deve ser compreendido e desenvolvido como ação conjunta, partilhada entre os gestores, profissionais de saúde e usuários. Logo, não se trata da elaboração solitária de um projeto para, posteriormente, outros executarem. Trata-se, ao contrário, de um projeto que desde sua proposição, passando pela elaboração e desenvolvimento, ocorre no e com o coletivo identifica as necessidades e potencialidades de saúde mental e propõem as intervenções necessárias. Desse modo, podemos criar formas e modos de concretizar e vivenciar os princípios da gestão democrática. (SUOMALA *et al.*, 2010)

Na minha concepção trabalhar saúde mental é trabalhar a autonomia do sujeito e a relação familiar. É nesse contexto de reconhecer as ações de saúde mental na atenção primária e das práticas com corresponsabilidades entre os profissionais de saúde que venho propor este projeto de intervenção com intuito de planejar ações voltadas para a saúde mental na ESF.

Acreditasse no potencial da ESF em desenvolver praticas de saúde mental que possibilitem a (re)inserção social do usuário junto a sua família, e a comunidade, com a finalidade de romper o estigma, garantir o exercício da cidadania e promover a reabilitação psicossocial (CAMATTA et al. 2009)

A estrutura operacional das RASs tem sua base na APS. É muito importante entender que sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em RASs efetivas, eficientes e de qualidade. (CAMPOS. 2012).

Partindo desse pressuposto é que venho propor este projeto de intervenção pensar e fortalecer as ações de saúde mental na atenção básica.

2 APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS

A história das políticas de saúde mental no Brasil tem início no começo do século XIX (República Velha), com a aprovação da Lei 1.132/1903 de assistência psiquiátrica brasileira, conhecida como lei de assistência aos alienados, que deu início aos hospitais psiquiátricos (BELMONTE, 1998).

O número de leitos psiquiátricos tomou proporções absurdas, chegando, por exemplo, 15 mil internos no Hospital Colônia Juqueri (Rio de Janeiro), a oito mil internos na Colônia de Jacarepagua (RJ) e três mil internos na colônia de Alienados de Barbacena (MG) e no Hospital São Pedro (RS) (AMARANTE, 2003)

A trajetória da assistência à saúde mental foi marcada por isolamento e terapêuticas repressoras e desumanas e a Lei Antimanicomial nº 10.216, de 06/04/2001 predispõe em mudar essa assistência tornando-a mais humanizada com a gradativa desativação dos manicômios. Segundo Amarante (2004), “O ideal de uma reforma psiquiátrica, após Basaglia, seria uma sociedade sem manicômios, isto é, uma sociedade em que fosse possível construir um lugar social para os loucos, os portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes... Uma sociedade de inclusão e solidariedade”.

Inspirado na psiquiatria de Basaglia, o movimento brasileiro da reforma psiquiátrica conquistou espaço legítimo desde a década de 1970, como movimento social na luta por um modelo de saúde mental pautado iminentemente nos direitos humanos e na cidadania. O principal pressuposto de reforma da Psiquiatria Basagliana é a desinstitucionalização ou desassistência, mas como uma crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, suas práticas e instituições, tentando defender e resgatar os direitos dos cidadãos (AMARANTE, 1996).

Vale destacar que, em 1973, o Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica do governo federal, elaborado por Luiz Cerqueira, enfatizou a importância da assistência extra-hospitalar, da readaptação do sujeito e do trabalho e da equipe multidisciplinares. Esse manual teve grande influência no pensamento nacional sobre a assistência psiquiátrica, mas sua aplicação efetiva não aconteceu em razão da falta de investimento. (AMARANTE, 2003)

Conforme, Amarante (1995) existe dois grandes períodos no campo teórico assistencial da psiquiatria. Um período é marcado por um processo de crítica ao sistema asilar, marcado pelos altos índices de cronificação. A questão central neste período é referida à crença de que o manicômio é uma instituição de cura, o que precisa resgatar urgente este caráter positivo da instituição, por meio de uma reforma da organização psiquiátrica, partindo

de uma discussão no interior dos hospícios, até transcender este espaço, iniciando a partir daí na Inglaterra os movimentos das comunidades terapêuticas e, o de psicoterapia institucional, na França. O outro período foi marcado pela I Conferencia Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, o foco das discussões estavam voltados para a consolidação das propostas da reforma sanitária, a partir das diretrizes como universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização, regionalização, entre outros tendo em vista à mudança da atenção a saúde, no campo da saúde mental essas conferencias recomendou a reversão do modelo assistencial vigente, de tendência hospitalocentrica e psiquiatrocentrica para outro que priorizasse o sistema extra-hospitalar.

A II Conferencia Nacional de Saúde mental (CNSM), realizada em 1992, destacou que a atenção em saúde mental propõe “um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada de várias dimensões da vida do indivíduo em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação). (BRASIL, 1994)

Mas foi a III Conferencia Nacional de saúde Mental, realizada em 2001, que a atenção básica ganhou destaque no contexto das políticas de saúde mental, o relatório final, sustentou enfaticamente o argumento da necessidade em incluir a atenção do sujeito em sofrimento psiquiátrico nas ações básicas de saúde e, também, em incorporar as ações de saúde mental na ESF (BRASIL, 2002).

A Organização Mundial de Saúde, em 2001, publicou um relatório da assistência psiquiátrica e em saúde mental no mundo, fazendo recomendações para orientar as ações de atenção nesse campo, de acordo com as necessidades e recursos em cada país. Dessa maneira as dez recomendações foram: 1) proporcionar tratamento na atenção primária; 2) disponibilizar tratamento psicotrópicos; 3) proporcionar atenção na comunidade; 4) educar o público; 5)envolver comunidade, famílias e usuários; 6)estabelecer políticas, programas e legislações nacionais; 7)preparar recursos humanos; 8)formar vínculo com outros serviços; 9)monitorar a saúde mental na comunidade; 10)dar mais apoio a pesquisa. (OMS, 2002)

Rotelli *et al.* (1990) Questionar os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução “o problema não é a cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”.

Atualmente o Ministério da Saúde vê a Reforma Psiquiátrica como: Um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da

“loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2007).

Dentre os princípios para a organização dos serviços de saúde mental, traz a necessidade do deslocamento essencial da perspectiva da intervenção dos hospitais psiquiátricos para a comunidade; o deslocamento do centro do interesse somente da doença para a pessoa e para a sua desabilidade social e o deslocamento de uma ação individual para uma ação coletiva nos confrontos dos pacientes com seus contextos (ROTELLI *et al.*, 1990).

Os serviços descontínuos, sem o controle social, a diminuição dos leitos sem o funcionamento do serviço substitutivo, rompendo o princípio e a lógica da assistência, penaliza os usuários e seus familiares que estão no atropelo da doença instalada. Segundo Amarante (1996) traça três formulações importantes de desinstitucionalização, a saber: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução. Esta última aborda além de outros fatores a organização da rede de cuidado e do processo de trabalho da assistência da saúde mental a qual está envolvida gestores, profissionais de saúde, usuários e familiares que irão determinar a forma de lidar prático e teórico com a desinstitucionalização.

2.1 FALAR DE SAÚDE MENTAL DA ATENÇÃO BÁSICA E NÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.

A Política Nacional de Atenção Básica, Portaria 648/2006, declara que esse nível de atenção em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, de prevenção de agravos, de promoção e proteção à saúde, envolvendo diagnóstico, tratamento e reabilitação e a manutenção da saúde; as ações são desenvolvidas mediante o trabalho em equipe, utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, junto à população de territórios delimitados; as equipes devem resolver problemas de maior frequência e relevância no território e ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. (BRASIL, 2006)

As Ações de Saúde Mental na Comunidade é uma modalidade de ação em saúde mental na qual o próprio ambiente comunitário é usado como intervenção terapêutica. O

ambiente físico, a clientela, a equipe e as políticas de saúde mental influenciam no desempenho dos indivíduos nas atividades cotidianas da comunidade. A ênfase maior é dada à interação social e de grupo. Nestes novos espaços, as ações antes centradas nos sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, em suma, na medicalização da loucura, passam a ter outro enfoque, que é o de falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e reinserção social e, sobretudo, de projetos de vida (GOLDBERG, 1994).

A clínica colaborativa e centrada na pessoa marca, de forma importante, as diferenças da APS prestada pelo modelo tradicional e pela ESF. A APS tradicional conforma-se com base na tríade de médicos especialistas que são formados na mesma estrutura técnica e ideológica da pós-graduação de especialistas, com forte prevalência dos elementos do flexnerianismo, o que significa uma visão biomédica, não holística, centrada na doença e prescritiva. O modelo tradicional dificilmente valoriza a dimensão não biomédica das enfermidades e dificulta, se não impossibilita, a instauração do princípio da longitudinalidade. Diferentemente, espera-se que a formação dos profissionais da ESF, dentre eles o médico de família e comunidade, seja radicalmente diferente, inscrita num paradigma pós-flexneriano e focada numa visão holística e não prescritiva que é a base da atenção colaborativa e centrada na pessoa.(MENDES, 2012)

Nesse aspecto a ESF é encarada como ferramenta essencial da rede. Segundo Lancetti (2001), ao relatar a experiência no Projeto Qualis, de São Paulo, que introduziu a saúde mental no Programa Saúde da Família, reforça que no PSF não é possível passar os casos, apesar do encaminhamento de pessoas para tratamentos mais complexos, em razão de esses pacientes morarem no mesmo bairro; assim, o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual a maioria dos técnicos ainda não está preparada, exigindo dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação continuada.

A rede de saúde mental é o conjunto de ações concebidas a partir da Reforma psiquiátrica, ou seja, a formação de serviços substitutivos organizados em nível de complexidade capaz de atender a demanda da população. Neste contexto destaca-se a hierarquização da rede de atenção em saúde mental constituída pela Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Simplificado, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)/CAPS de média complexidade, serviços residenciais terapêuticos, Hospital dia, Leitos psiquiátricos em hospital geral, Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral e Hospital psiquiátrico (BRASIL, 2001).

Salienta-se a importância da comunhão de esforços entre ESF e serviços substitutivos, pois se acredita que a saúde mental é essencial ao PSF porque a doença mental não ocorre separada da saúde física (LANCETTI, 2001). Outro fato é a singularização do atendimento no PSF; o paciente deixa de ser um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida, obrigando as equipes de trabalho a lidar com o sofrimento humano, uma difícil tarefa para a qual não estão preparadas. (BRASIL, 2000).

Na busca da integração dos usuários com transtorno mental a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e familiares e constituir essa rede, é necessário conhecer todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer. (BRASIL, 2004).

As ações precisam estar onde as pessoas estão, inverte-se o paradigma asilar, o sujeito não é a especificidade individual, mas o conjunto de vínculos, de relações compartilhadas. A acessibilidade geográfica traduz-se pela facilidade de ser atendido e a acessibilidade política traduz-se pela capacidade de planejar e decidir de modo participativo. A parceria PSF e saúde mental não quer dizer treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados de psiquiatria. Requer, sobretudo, uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um acordo político. Saúde mental e PSF implicam transformações profundas nas práticas do Estado, em todos os seus níveis (SAMPAIO, 2001).

A Política Nacional de Atenção Básica, Brasil (2006) estabelece como atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. Logo, a territorialização é uma ação primordial, pois dela decorre a análise da situação de saúde, planejamento e a implantação de ações estratégicas, que garantam resolubilidade ao sistema.

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar

uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. (BRASIL, 2004).

Os CAPS, por sua vez, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. (BRASIL, 2004).

A construção diferenciada de atendimento ao portador de sofrimento mental que se desenvolve o conceito da Reabilitação Psicossocial, que consiste: No conjunto de esforços e programas que utilizem o potencial máximo de crescimento pessoal de um indivíduo a fim de ajudá-lo a superar ou diminuir desvantagens ou incapacidade nos principais aspectos de sua vida diária. O mais importante objetivo reside na reaprendizagem das atividades da vida cotidiana, na obtenção e conservação de um ambiente de vida satisfatória, na participação em atividades de trabalho significativas e no desenvolvimento de atividades sociais e culturais (OPAS, 1992).

De acordo com Saraceno (1996), a concepção de reabilitação remete a uma estratégia global e não a uma técnica, implicando uma mudança total de toda a política de serviços da área da saúde mental com o objetivo de reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tradicionais tratamentos.

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que nos diz Cecílio e Merhy (2003): "... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores...".

A ESF além dos princípios gerais organizacionais da Atenção básica deve assumir caráter substitutivo em relação à rede tradicional de atenção básica; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade; enfrentar os problemas de saúde pactuados com a comunidade, buscando a continuidade dos cuidados com os indivíduos e das famílias; buscar parcerias com

instituições e organizações sociais principalmente na área de abrangência; e ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade e a importância da articulação entre saúde mental e atenção básica. Dessa maneira orienta que os municípios com menos de vinte mil habitantes podem estruturar sua rede de cuidados a partir da atenção básica, não dependendo necessariamente dos CAPS para tal organização (BRASIL, 2003)

Mas quando tem o CAPS, sugere uma parceria e trabalho em equipe multidisciplinar. Equipe no seu contexto funcional são pessoas que se conhecem e se ajudam. Para isso “é necessário uma interação entre teoria e prática, e que se estabeleça um treino constante no trabalho interdisciplinar, pois, interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, apenas vive-se, exerce-se.” (FAZENDA, 1992).

Ao adotar esta estratégia, partiu-se do pressuposto de que o trabalho deve ser realizado em conjunto, porque a natureza humana é complexa e a resolução de problemas mentais não é uma tarefa simples nem pode ser realizada isoladamente. Com isso, novas e diversas possibilidades de intervenção podem se abrir e é possível propor tratamentos voltados às singularidades e com a participação dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2008).

A apropriação dos problemas de saúde mental pelas equipes de Saúde da Família vai ao encontro do conceito de integralidade segundo Mattos e Pinheiro (2003) a reforma psiquiátrica brasileira preconiza a desinstitucionalização do sujeito adoecido de modo a não estigmatizar o usuário e reconhecendo-lhe um lugar na sociedade, por outro lado, quanto mais os problemas forem identificados e tratados precocemente, menores os efeitos de cronificação e de institucionalização, conseqüentemente há uma melhor qualidade de vida do indivíduo acometido pelo transtorno mental.

Com as mudanças acontecidas nos últimos anos no plano Mundial (até mesmo por recomendação da Organização Mundial de Saúde) outros profissionais da área da saúde, especialmente os que operam na Atenção Primária e outras áreas, são convocadas para intervir e participar dos processos de cuidado ou reabilitação das pessoas que ouvem vozes, usam drogas de maneira suicida, sofrem angústias, violências e opressões graves. (LANCETTI; AMARANTE, 2012)

A ESF tem um papel fundamental na concepção desse cuidado, pois apresenta novas formas de cuidado com promoção de saúde às pessoas em seu processo de vida, por meio de reorientação do modelo assistencial (SCÓZ; FELINI, 2003)

As equipes da atenção básica lidam cotidianamente com problemas de saúde mental, os quais geram ações de saúde mental em pelo menos 56% delas. (BRASIL, 2003)

Mudança para “ações de cuidado”, baseadas no acolhimento, nas práticas interdisciplinares e de vínculo o que possibilitando à equipe um trabalho voltado para a promoção da saúde. (BUCHELE *et al.*, 2006)

A ESF possibilita um contato contínuo e longitudinal com o usuário e com a família, contribuindo com a integralidade do cuidado, especialmente à identificação de uma área adscrita, ao cadastramento de todas as famílias e ao reconhecimento de necessidades de cada usuário e família, mesmo quando o usuário é encaminhado para outro serviço. (COIMBRA, 2007)

O componente da atenção centrada na família deriva do atributo da APS que é a orientação familiar. Ele implica o trabalho clínico com uma população adscrita a uma equipe da ESF, inserida no território de abrangência dessa equipe, e organizada socialmente em famílias. De um ponto de vista prático, essas famílias devem ser cadastradas, classificadas por riscos e ter encontros clínicos realizados com a utilização de ferramentas de abordagem familiar. Criar espaços de escuta individual ou coletiva na UBS ou nos diferentes espaços da comunidade tais como igrejas, escolas e nas sedes das associações da área, grupos de convivência, de oração, de trocas de conhecimento, de artesanato e outros com o objetivo de ampliar as potencialidades de subjetividade e pertencimento ao meio no qual convive. (MENDES, 2012)

Entretanto é necessário ressaltar que os cuidados oferecidos pela equipe não devem estar voltados exclusivamente para o usuário, mas contemplar a família e seus membros. Isso ocorre porque a promoção da saúde dos usuários está intimamente relacionada ao papel da família, já que esta é responsável por valores, crenças, sentimentos, conhecimentos e práticas do grupo familiar, servindo muitas vezes como referência para orientar o comportamento de seus membros. (VASCONCELOS *et al.*, 2008)

A família é um sistema complexo de relações em que seus membros compartilham um mesmo contexto social de pertencimento. É o espaço do reconhecimento da diferença, do aprendizado de unir-se e separar-se, a sede das primeiras trocas afetivo emocionais, da construção da identidade, é a matriz em que nascemos e morremos. É, também, um sistema social em permanente transformação determinada por fatores internos à sua história e pelos ciclos de vida que interagem com mudanças sociais. Na família esbatem-se relações entre seus membros que compartilham cultura e crenças e em que cada qual exerce funções distintas e complementares. A família assenta-se na ideia da coesão e da continuidade (CONASS, 2011).

A visita domiciliar tem sido reconhecido como uma importante estratégia de continuidade de cuidados, que pode, ao mesmo tempo, favorecer ou comprometer a integralidade do cuidado dos usuários na ESF, dependendo da maneira como é conduzida pelos membros da equipe. Ela é favorecedora do cuidado integral quando fortalece e estabelece o vínculo entre usuário-equipe, usuário-família. É uma estratégia comprometedora da integralidade do cuidado quando é realizada apenas para um usuário e para a família, sendo o usuário visto isoladamente, descolado de seu contexto e de suas relações familiares. (COIMBRA, 2007)

Nesse sentido, ampliar a discussão das questões de saúde mental entre os profissionais especializados com os da atenção básica traz a vantagem de um trânsito maior do sujeito nessa instituição de saúde, aliado à responsabilidade das Unidades Básicas com Estratégias de Saúde da Família (UBSFs) em relação ao usuário. Isso se torna possível uma vez que entre as características desse nível da atenção à saúde estão a integralidade, a continuidade ou longitudinalidade e a coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

As ações de saúde mental na ESF, por está na área territorial das pessoas em sofrimento mental e das famílias, tem a facilidade de conduzir ações em um caso individual, familiar ou comunitário e ainda tem a possibilidade de ampliar a construção de vínculo entre profissionais e usuários, está mais próximos e baseados na lógica do diálogo entre distintas especialidades e profissões que implicam numa assistência integral, e na corresponsabilidade, facilita este atendimento que tem as suas complexidades, e considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem completa e segundo o Ministério da Saúde: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e formação dessas redes tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de saúde, trabalhando em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes. (BRASIL 2004)

A saúde mental é, por assim dizer, um eixo da Estratégia de Saúde da Família. Na ESF os pacientes conhecem os médicos, os enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde pelo nome. E os membros da equipe de SF também conhecem os pacientes pelo seu nome. Conhecem cada dia melhor, suas biografias e o território existencial e geográfico e por isso, eles são tratados nas tramas que organizam suas vidas. Cinco agentes comunitários de saúde, um ou dois auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e um médico atendem com múltiplos procedimentos e o fato de serem sempre essas mesmas pessoas

permite uma continuidade nunca vista em outras modalidades de atendimento. De acordo com Lancetti e Amarante (2012) A ESF possui uma estrutura facilitadora para a identificação de fatores de risco existentes em determinado território. Portanto, é esperado que essas equipes possam atuar, em seu nível de competência, para minimização desses fatores com apoio matricial.

Por apoio matricial entende-se uma série de saberes e práticas e são ofertadas por um profissional ou equipe a outro profissional ou equipe em um campo especializado de conhecimentos a fim de contribuir na solução dos problemas apresentados. (LANCETTI; AMARANTE, 2012)

A equipe ou profissional de referência tem ao seu encargo a condução do caso, seja um indivíduo, uma família, seja uma comunidade. O apoiador matricial é o especialista em saúde mental (um profissional ou uma equipe interdisciplinar) a oferecer retaguarda. O arranjo tem como objetivo o desenvolvimento da clínica ampliada e a integração dialógica entre as especialidades das equipes de referência e de apoio (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A decodificação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta das RASs. São várias as razões: é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é abrangente podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público que o SUS apresenta; e é a interpretação que torna possível exercitar as funções da APS como coordenadora das RASs. (Mendes, 2012).

O enfoque das capacitações em saúde mental na ESF deve buscar desenvolver competências profissionais para abordagem de situações complexas. (LUCCHESI, 2009)

Permitir aos familiares um espaço para verbalizar sentimentos, angústias, impressões, medos, verdades e dúvidas a cerca do familiar usuário e seus próprios sofrimentos, torna-se momento oportuno para a equipe aproximar-se do mundo cotidiano dessas pessoas. Isso possibilita uma melhor compreensão dos sentidos atribuídos por ele na assistência ao seu familiar-usuário. (SCHNEIDER; 2001).

As intervenções de autocuidado apoiado não prescindem de uma relação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, mas o foco principal está em apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde. É, por essa razão, que se chama de autocuidado apoiado porque não se trata de uma desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas o apoio significativo para que as pessoas usuárias empoderem-se em relação à sua saúde. (MENDES, 2012)

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DO ESTUDO

Este estudo é de natureza analítico-descritiva, tendo em vista as características do objeto de estudo que buscou descrever as ações de saúde mental que é realizada na UBS e analisar as concepções sobre as dificuldades, necessidades e perspectivas no acompanhamento de saúde mental, percebidas por representantes de usuários com transtorno mental e familiar, profissionais da ESF e por profissionais da saúde mental levantados em três rodas de conversa com cada grupo focal respectivamente. Desta forma, caracteriza-se como um estudo de campo, por buscar um aprofundamento das questões propostas sobre as concepções e a produção do cuidado aos usuários com transtorno mental e seus familiares, relacionados aos integrantes da rede de cuidado e suas interações (GIL, 2011). Com abordagem qualitativa por permitir, “trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis por trabalhar com um universo de significados”, ou ainda pelo fato de que “se aplica ao estudo da história, das soluções, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam” (MINAYO, 2006).

Esta pesquisa se caracteriza como Projeto-intervenção, porque tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação. Nesse tipo de pesquisa, a prática é compreendida como práxis. Tanto pesquisador como pesquisados estão diretamente envolvidos em uma perspectiva de mudança, que envolve a perspectiva êmica e a perspectiva ética. A perspectiva Êmica que busca enxergar o comportamento humano de uma visão interna, isto é, dentro do problema, uma vez que o pesquisador passa a ser parte integrante do objeto estudado. A perspectiva Ética que enxerga o problema de uma visão externa, isto é de fora da organização, com a possibilidade de adotar uma postura crítica e científica sobre o problema. Na perspectiva êmica o pesquisador deve ser hábil em comunicar-se e relacionar-se com os demais atores, sem, entretanto, se descuidar do seu propósito que é gerar uma contribuição para a teoria. Para isso é necessário que a perspectiva ética esteja presente de modo a impedir que o pesquisador gere simplesmente uma descrição dos acontecimentos (JÖNSSON; LUKKA, 2007).

Desta forma, a intervenção é usada para obter acesso à perspectiva êmica, com o pesquisador atuando como um ator dentro do contexto, entretanto para produzir teoria é necessário revelar razões práticas, com o propósito de discutir os resultados à luz da literatura pertinente. Em síntese, o pesquisador é visto como um facilitador da mudança, no lugar de ser um simples observador e para isso ele exerce uma influência na organização pesquisada (SUOMALA *et al.*, 2010).

Freitas *et al.* (2010) descrevem que em geral as etapas deste tipo de pesquisa envolvem um diagnóstico inicial, o planejamento da ação, a implantação e a análise dos resultados. O presente trabalho tem como etapas elaboração o diagnóstico inicial e o planejamento das ações conforme observações de campo e as representações das pessoas envolvidas nas rodas de conversa, para futuramente, a partir desse planejamento, implementar ações de saúde mental da atenção básica, assim continuar as etapas desse tipo de pesquisa.

Tripp (2005) discute que a sequência planejamento, implementação e avaliação deva ser vista sempre nos dois campos, ou seja, no campo da prática e no campo da investigação, uma vez que o pesquisador é o agente da mudança, mas sem se descuidar do registro da pesquisa.

A pesquisa intervenção é um tipo de estudo que utiliza os pressupostos da pesquisa ação. De acordo com Thiollent (2005): Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Em síntese, para Thiollent (2005), a pesquisa-ação se caracteriza:

- a) Por uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada;
- b) Desta interação resulta a ordem de problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob formas de ações concretas.
- c) O objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontradas nessa situação.
- d) O objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos em esclarecer os problemas da situação observada.
- e) Há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação.
- f) A pesquisa-ação não se limita a uma forma de ação (risco de

ativismo). Pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento, ou o “nível de consciência”, das pessoas e dos grupos considerados.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de União (Figura 1), está localizado em uma região entre rios, a 56 km de Teresina, capital do Piauí, apresenta uma população de 42.384 habitantes, em que a população urbana de 19.917 (47%) e população rural de 22.467 hab. (53%) (IBGE, 2010).

Figura 1 – Mapa do Piauí com destaque a localização do Município de União



Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/União_\(Piauí\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/União_(Piauí))

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município de União em 1998 de forma progressiva com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, situado no contexto de mudança das práticas de saúde à luz de princípios equânimes, ponderando sobre os desafios da organização da atenção básica, como premissa estruturante de sistemas de saúde mais democráticos e acessíveis. Delimitado o território como locus de atuação da Equipe Saúde da Família (ESF), pautada no trabalho em equipe e no vínculo de corresponsabilidade com a população.

A equipe selecionada e feito o levantamento das dificuldades, necessidades e perspectivas para elaboração do projeto de intervenção foi a equipe da ESF que está vinculada a Unidade Básica de Saúde Elmira Irene Machado. Esta área foi selecionado pelos seguintes critérios: ser da zona rural, ter ações de matriciamento pela equipe do CAPS, que tem mais tempo de matriciamento do que o NASF, ter equipe da ESF completa, ter um significativo numero de usuários com diagnósticos psiquiátricos em tratamento psicofarmacológico, ter uma área territorial extensa e de difícil acesso a zona urbana do município e consecutivamente ao CAPS. Para melhor visualizar a área da intervenção fizemos um mapa territorial, dessa atividade participaram todos os agentes comunitários de saúde. O objetivo desse primeiro contato foi identificar o universo de cada microárea

Trabalhar na lógica do território implica trabalhar em diferentes cenários, e para isso é preciso se apropriar das necessidades da área. O território área de abrangência do espaço desse estudo é separado em seis territórios microárea num total de 32 Km². Com relação à questão de saúde mental não tem limites precisos porque alguns usuários de outro município que faz limite também procuram tratamento ali, já que na sua localidade não tem esse tipo de serviço e essa necessidade faz transcender a simples delimitação geográfica.

O território onde a UBSF está inserida agrega: escolas de educação infantil e de ensino fundamental, igrejas com movimento pastoral, quatro associações que promovem o desenvolvimento da agricultura familiar. Além disso, ha a participação efetiva dos membros da comunidade nas ações de saúde promovidas pela ESF na unidade de saúde, ou nas sedes das associações quando são convocados. A principal dificuldade dessa participação quando a atividade é na UBS é causada pela dificuldade de deslocamento por falta de transporte público e no período chuvoso isso fica ainda pior porque o acesso e várias estradas ficam cortadas por causa das chuvas, os meios de transporte que as pessoas usam na maioria é moto, bicicleta é o ônibus escolar que vai deixar as crianças na única escola de ensino fundamental da área que fica no mesmo povoado da UBS.

A principal intenção de se mapear a realidade do território é destacar essas dificuldades de deslocamento e planejamento das ações dos serviços de saúde mental na área e destacar os espaços de lazer, consumo, espaços coletivos, educacionais, conhecer a dinâmica, entre outros, podem indicar os diferentes acesso da população a bens e os riscos relacionados à falta de acesso. Este ponto pode ser cruzado com o geoprocessamento de outros fatores como morbidade e sexo, podendo potencializar análises de vulnerabilidades de gênero (PINHEIRO, 2002).

O principal problema encontrado na confecção dos mapas participativos foi decorrente do seu uso restrito aos agentes ou equipes. Muitas vezes, esses mapas são considerados apenas desenhos, elaborados e destinados ao uso interno da ESF com pouca capacidade de diálogo com outras instâncias do SUS ou outros setores. Estes mapas, produzidos por leigos e no nível local, não são considerados relevantes para os tomadores de decisão dos níveis municipal e estadual. Este é um problema recorrente nas abordagens participativas, que são ainda tidas como de pouca relevância científica. O uso do mapeamento participativo como uma ferramenta multidisciplinar de empoderamento e de gestão do território ainda é um desafio (ARGENTO, 2008).

De acordo com o relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, informada pelos ACS em janeiro de 2014, esta UBS possui 590 famílias representando uma população de 2.258 pessoas. A população cadastrada no relatório do SIAB é constituída por 32,33% de crianças e adolescentes (730 pessoas). 33,70% de adultos jovens (761 pessoas de 20 a 39 anos), 20,46% de adultos maduros (462 de pessoas de 40 a 59 anos) e 13,51% de pessoas idosas (305 pessoas de 60 anos ou mais). Do total geral de pessoas cadastradas 100%. Além dessas características vale ressaltar que toda a população adscrita a essa UBS depende exclusivamente dos serviços públicas de saúde. O percentual de pessoas que são acompanhadas pelo CAPS é de 4,87% da população (110 pessoas), sendo que entre eles 3,63% tem epilepsia (4 pessoas) e 18,18% usam apenas benzodiazepínicos (20 pessoas).

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2004).

Estudos nacionais e internacionais estimam que 3% da população necessitam de cuidados contínuos, devido a transtorno mental severo e persistente, e outros 9% precisam de atendimento eventual, devido a transtornos menos graves. Esse percentual atinge a marca de 12% da população geral do país (20 milhões de pessoas), que potencialmente necessitarão de atendimento em saúde mental (BRASIL, 2003)

3.3.1 Procedimentos éticos.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - UECE, conforme o Parecer nº 690.458, em 21/03/2014 (Anexo 01), de acordo com as normas que

regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde- Ministério da Saúde, Resolução nº 466/ 2012. Essa resolução trata-se de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, neste caso, o envio e/ou recebimento de dados e informações coletadas para a segregação nos resultados da pesquisa. O Comitê avaliou a pertinência do estudo, a coerência entre os objetivos e a metodologia, os riscos e benefícios aos quais os participantes ficam expostos, o instrumento utilizado para conhecer a concepção dos participantes da pesquisa escolhido foi a roteiro da roda de conversa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para os usuários com transtorno mental (Apêndice 01) e familiares (Apêndice 02) profissionais da ESF (Apêndice 03) e profissionais de saúde mental (Apêndice 04). Segundo Polit, *et al.* (2004), o relatório de Belmonte articulou três princípios éticos principais, nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em pesquisa: princípio de beneficência (defende o sujeito acima de tudo, não causar dano); princípio de respeito à dignidade humana (inclui o direito à autodeterminação - os sujeitos têm o direito de decidir, voluntariamente, se querem ou não participar de um estudo, o direito à revelação completa - abrange os direitos que as pessoas têm de tomar decisões autorizadas a cerca de sua participação em um estudo); e o princípio da justiça (inclui o direito que têm os sujeitos de tratamento justo, além do direito à privacidade), respeitando as normas estabelecidas pela referida Resolução, solicitou-se a todos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este Termo esclarece aos participantes os objetivos da realização da pesquisa, assegura a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, garante o direito ao sigilo de sua identidade e anonimato das informações, assim como o direito de interromper em qualquer momento a sua colaboração com a pesquisa, caso sinta necessidade, sem que isso implique qualquer prejuízo à sua pessoa; esclarece sobre os riscos da pesquisa relacionados a possíveis constrangimentos a respeito de algumas questões a serem respondidas; e, quanto aos seus benefícios, garante a permissão do participante para que se use e publique posteriormente o conjunto dos dados revelados, em artigos, revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos sobre o assunto.

3.3.2 Procedimentos para conhecer a representação coletiva.

Após qualificação do projeto de pesquisa no Mestrado Profissional em Saúde da Família, da nucleadora UECE, dirigiu-se à Secretaria Municipal de Saúde de União, para solicitar a autorização para a realização da pesquisa na UBS Elmira Irene Machado e no CAPS Edison Sampaio. Com a posse da citada autorização, cadastrou-se a pesquisa na

Plataforma Brasil, direcionando-a para apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê, dirigiu-se às Coordenações da ESF e Coordenação da Atenção psicossocial e com uma reprodução do projeto, autorização da SMS e cópia da aprovação pelo Comitê para entrega-las às coordenadoras responsáveis e comunicar o início da pesquisa nos estabelecimentos de saúde. O contato inicial nestas unidades teve dois pontos facilitadores o apoio da gestão e pelo fato de já conhecer os usuários, familiares e a maioria dos profissionais da pesquisa de nível médio ACS e ACD, os demais de nível superior estão na área há um ano, por coincidência o médico também já estava com o mesmo tempo na localidade, mas mudou duas vezes durante esse profissional durante a pesquisa de campo por causa de interesses pessoais e a distancia da sede, por isso tem muita rotatividade desse profissional nas localidades de zona rural.

Nos dias e horários programados para a realização dos grupos focais, foram lidos, junto com o único grupo os usuários, familiares e dois grupos de profissionais de saúde o TCLE, detalhando os objetivos, e foi assinado o termo. Só então deu início as respectivas roda de conversa com a autorização de todos para gravar as falas nas rodas, foi realizada duas rodas na UBS e uma no CAPS, em horários de menor fluxo de usuários, ambas nas salas de reunião dos dispositivos de saúde. Foi assegurada ao participante, todavia a liberdade de interromper e se retirar da sala caso fosse necessário. Das rodas apenas a equipe do CAPS questionou o roteiro de condução das rodas e a coordenadora não avisou aos profissionais atrasando o início da roda de conversa

As rodas de conversa, metodologia bastante utilizada nos processos de leitura e intervenção comunitária, consistem em um método de participação coletiva de debates acerca de uma temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. A introdução das metodologias “rodas de conversa” e “oficinas temáticas” nos procedimentos de ensino provêm do reconhecimento de como tais estratégias podem revelar-se facilitadoras. (NASCIMENTO; SILVA, 2009).

Em primeiro lugar, é preciso saber que as rodas de Conversa constituem uma metodologia participativa que pode ser utilizada em diversos contextos, tais como: escolas, postos de saúde, associações comunitárias e outros. Na Roda de Conversa, os participantes podem ouvir a si mesmos, escutar os outros e trocar entre si informações. Podem iniciar o processo que chamamos de abrir-se para si mesmo e para o outro (AFONSO; ABADE, 2008).

Na tentativa de aproximar o diálogo entre as três rodas de conversa seguiram um roteiro semiestruturado. As rodas de conversa foram transcritas na íntegra por um

profissional. Após a transcrição, ouviram-se todas as discussões, tendo-se anotado as considerações necessárias. Para resguardar a identidade dos participantes, as falas foram codificadas pela primeira letra da representação social tais como U- para usuário com doença mental, F- para familiar de usuário e para os profissionais de saúde a primeira letra que representa a categoria do profissional e os com mais de um como os ACS, usuários e familiar foram ordenados pela participação progressiva no início da conversa, ou seja recebeu a numeração de 1 a 6, sendo o um que falou primeiro e assim sucessivamente até o último dar a sua opinião na discussão realizada nas rodas de conversa.

As observações de campo e as rodas de conversa ocorreram no período de janeiro a abril de 2014 e de acordo com o fluxograma, o desenho do estudo dividiu-se em três momentos.

Momento I – Foi realizada no dia 10 de janeiro uma roda de conversa na sala de reunião do dispositivo de saúde básica com usuários e familiares no dia do atendimento do médico psiquiatra. Os participantes foram selecionados entre os que estavam esperando o atendimento obedecendo aos seguintes critérios: um usuário e um familiar por cada microárea, num total de seis usuários e seis familiares. para conhecer suas dificuldades, necessidades e perspectivas do serviço de assistência em saúde mental.

Momento II – Foi realizada no dia 17 de janeiro a segunda da roda de conversa para coletar informações sobre as dificuldades, necessidades e perspectivas dos profissionais da ESF no acompanhamento dos usuários ao lidar com a doença e suporte familiar.

Momento III – Foi realizada no dia 27 de janeiro a terceira roda de conversa com trabalhadores especialistas em saúde mental para ser identificado suas dificuldades, necessidades e perspectivas no acompanhamento com familiares e usuários com transtorno mental.

As falas foram gravadas e a experiência foi registrada através de diário de campo. Dessa maneira, foi possível configurar de cada grupo social, a representação de cada participante nas rodas de conversa, partindo de um contexto de significados subjetivos para um contexto de significados objetivos – e apontar as aproximações e distanciamentos da compreensão de cada grupo sobre o significado desse acompanhamento em saúde mental na atenção primária e a participação dessas representações construir objetivos de intervenção para melhorar essa linha de cuidado da atenção psicossocial na atenção básica, mais prenda minha atenção foi o sentimento de envolvimento dos agentes comunitários de saúde pela causa da saúde mental.

3.3.3 Caracterização dos participantes.

Os sujeitos da pesquisa foram seis familiares e seis usuários com doença mental, dez profissionais da ESF da Unidade Básica de Saúde Elmira Irene Machado e seis profissionais da equipe do CAPS.

A inclusão dos sujeitos na pesquisa obedeceu aos seguintes critérios: Primeiro grupo focal foi composto por um usuário e um familiar de cada uma das seis microáreas, num total de doze pessoas, seis usuários e seis familiares identificados pelos agentes comunitários de saúde como os mais complexos da sua microárea e estar na UBS Elmira Irene Machado a procura atendimento psiquiátrico no dia agendado para realização do grupo, usuários – (ser maior de 18 anos, manter determinada autonomia e cognição preservada, viver ou ter contato regular com pelo menos um membro da família, o mesmo consentir em participar do estudo (ou através do seu representante legal), familiares – (morar com um parente com transtorno mental), ambos terem assinado o termo de compromisso voluntário TCLE; Segundo grupo focal foi formado por profissionais da Atenção Primária - um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista e seis ACSs, que atuam na equipe da zona rural da UBS Elmira Irene Machado e aceitaram participar da pesquisa, e ter assinado o termo de compromisso voluntário, expresso no TCLE; Terceiro grupo focal formado pela equipe de saúde mental que está vinculado ao CAPS I Edison Sampaio responsável por toda a área urbana e algumas áreas da zona rural do Município de União, constituída por seis especialistas em saúde mental que aceitaram participar, os quais são considerados portadores das expertises de saúde mental, formado por dois psicólogos, uma terapeuta ocupacional que é a atual coordenadora, uma enfermeira, uma assistente social e um psiquiatra, sendo o técnico de referência pela área selecionada o profissional com formação em assistência social e como responsável pelo atendimento o psiquiatra do CAPS, os quais foram destacados as falas deles da assistente social e do psiquiatra, por estarem no cuidado direto prestado aos usuários da área selecionada. Os profissionais do NASF foram excluídos pelo fato de terem pouca ou nenhuma experiência sobre matriciamento e ter compromisso voluntário, expresso no TCLE.

Técnico de referência foi o termo adotado pela equipe do CAPS para o profissional responsável pela equipe da ESF e consecutivamente os médicos psiquiatras que dá suporte ao atendimento está ligado a esse técnico de referência, por exemplo, se o técnico de referência é do CAPS, o psiquiatra que atende é o do CAPS, se o técnico de referência é do NASF o psiquiatra que faz as consultas é do NASF.

Os participantes do estudo foram identificados segundo Grupos I, II e III: Grupo I (GI), formado por para usuários - U e familiares – F. O Grupo II (GII) formado por profissionais da ESF e foram identificados pela primeira letra da profissão (M) médico(a), (E) enfermeiro(a) e (O) odontóloga(o) e Grupo III (GIII) para os profissionais da saúde mental (MP) médico(a) psiquiatra, (EP) enfermeiro(a) psiquiatra (A.S) assistente social, (TO) terapeuta ocupacional e (P) psicólogo(a);

3.6 MÉTODO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O método utilizado nesta pesquisa para a sistematização e categorização dos dados, de forma a proporcionar a organização e análise dos relatos, foi à análise de conteúdo, numa perspectiva crítico-reflexiva, com ênfase em eixos temáticos, proposta por Minayo (2010), que consiste em encontrar os núcleos de sentido presentes na comunicação. A análise de conteúdo, ao longo da história, passou por polaridades, pois alguns autores defendiam a perspectiva quantitativa da técnica, ressaltando a frequência dos conteúdos do tema, e outros postulavam a perspectiva qualitativa, valorizando a presença ou ausência de um conteúdo ou fragmento de mensagem. Esta polaridade abre espaço para uma proposta compreensiva para análise das falas que vai além dos conteúdos manifestos, busca sentido além das aparências e objetiva a análise dos significados do que está sendo comunicado (MINAYO, 2009).

Conforme, Minayo (2010), essa análise relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados; assim, faz a articulação do discurso com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e produção da mensagem, permitindo apreender a realidade por meio do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento.

Para operacionalização da análise de conteúdo, os teóricos defendem sua objetividade, trabalhando com regras preestabelecidas e diretrizes claras, de forma que qualquer investigador possa replicar os procedimentos, e sua sistematização, em que os conteúdos possam ser ordenados e integrados em categorias. Conforme ressalta Minayo, a análise dos dados deve seguir alguns passos operacionais, que possibilitam a relação entre o material empírico encontrado e o referencial teórico adotado, sempre buscando dar conta dos objetivos que norteiam o estudo. Assim, para operacionalização do método os passos a seguir delineados foram observados. 1. Ordenação dos dados - é realizado um mapeamento de tudo o que foi obtido no trabalho de campo. Compõe esse momento a transcrição das gravações das falas nas rodas de conversa para leitura compreensiva do material selecionado, organização

dos relatos e dos dados da observação, de forma que o corpus do estudo dê conta de responder pelos objetivos do trabalho. 2. Classificação dos dados - consiste em organizar as informações em conjuntos de categorias, com apoio em pressupostos teóricos do estudo. Permite a aproximação com os significados manifestos e latentes do discurso do participante, de forma que possam ser constituídos os núcleos de sentido. Para esta classificação, foi utilizada a análise temática, que consiste “(...) em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010).

O método de análise e interpretação dos dados deste estudo dividiu-se em cinco etapas:

- a) 1ª etapa - Foi realizada leitura flutuante e exaustiva das rodas de conversa, objetivando o recorte dos núcleos de sentido, com suporte nas ideias centrais contidas nas falas dos participantes, os dados foram agrupados em quadros, tendo-se sempre como referência os objetivos, a questão norteadora e o referencial teórico da pesquisa e assim, foram elaboradas as categorias gerais de análise e as subcategorias (Ver Quadro 01 e Quadro 02).
- b) 2ª etapa - Consistiu na exploração das subcategorias e agrupamento por aproximação dos núcleos de sentido ou elemento de análise contida nas falas dos participantes nas três rodas de conversa. Foi realizada a codificação dos dados, mediante os recortes e classificação, neste momento, foram priorizados os recortes mais relevantes para o estudo, buscou-se encaixá-los nos eixos temáticos das categorias gerais de análise. (ver Quadro 03).
- c) 3ª etapa - Momento em que foram recortadas e exemplificadas as falas dos participantes nas três rodas para entendimento das representações subjetiva das ideias agrupadas nas falas dos participantes de acordo com os núcleos de sentido e eleitas com base na releitura das rodas, onde as informações foram agrupadas pela repetição os dados foram aproximados no quadro, possibilitando o confronto das convergências e divergências dos núcleos de sentido dos grupos focais, resultando em uma síntese horizontal, de forma que os conteúdos foram recortados e agrupados para facilitar a construção dos núcleos de objetos de intervenção (ver Quadro 04 e Quadro 05).
- d) 4ª etapa – Momento em que foram definidas as atividades para alcance dos núcleos dos objetivos de intervenção de acordo com a representação das discussões na roda e elaboração das atividades para alcançar estes objetivos

com definição dos responsáveis e prazos para execução das ações (ver Quadro 06).

- e) 5ª etapa – Elaboração dos indicadores de avaliação e monitoramento dos objetivos de intervenção para acompanhamento do planejamento e alcance dos resultados esperados no momento em que se procurou estabelecer articulações entre os sujeitos que tecem a rede da saúde mental no território, fazendo a análise das informações obtidas nas etapas anteriores, propondo inferências e intervenções, tendo sempre como norte o objetivo da pesquisa, resultando no relatório final após execução das ações planejadas.

4 RELATORIO DAS RODAS

4.1 PRIMEIRA RODA DE CONVERSA (USUÁRIOS E FAMILIARES)

Esta Roda foi realizada em 10 de janeiro de 2014 na sala de reunião da UBS Elmira Irene Machado. A Roda teve uma hora e meia de duração e contou com a participação de doze pessoas seis usuários e seis familiares. A Roda aconteceu na própria UBS, no dia do atendimento médico psiquiátrico e a escolha dos usuários e familiares foram a seguinte: um representante de usuários e familiar por microárea, apresenta grau de cognição preservada que os possibilite a participar de uma roda de conversa e ser maior de dezoito anos.

Após explicar ao grupo a nossa proposta do trabalho foram lidas as questões organizadoras do diálogo e solicitado que os mesmos expusessem suas opiniões. Não se pode exigir dos participantes que exponham mais do que julgam ser pertinente para o estabelecimento deste diálogo em torno das questões, mas buscar, motivar a participação, sensibilizar e desafiar a participação de todos. Além disso, buscou-se promover a interação entre os participantes, estimulando a troca de experiências, como era esse atendimento feito pelos profissionais de saúde e suas dificuldades, buscando estimular os participantes a completarem os seus argumentos ou histórias, quando estes eram apresentados de maneira fragmentada ou quando havia interrupções na sequência do que estava sendo relatado, e assim por diante. Ou seja, buscou-se refletir para o grupo a experiência e as falas que eles próprios produziam, estimulando os processos de narrativa e de reflexão na tentativa de compreender a experiência associando-a a sentidos de vida e à experiência de todos os integrantes da equipe, nesse momento uma familiar para iniciar a roda resolveu relatar uma experiência que teve na mudança de gestão do município. F1 “No início do ano passado, fui até a UBS, quando me disseram que tinha chegado um médico, desesperada pela medicação que não podia ser comprada sem receita, pois o meu filho não dormia e nem deixava ninguém dormir, queria agredir o sobrinho e quando se irritava muito batia a cabeça na estaca com toda força, meu marido queria amarrar ele, mas ver o meu filho amarrado com cordas me deixa angustiada. O médico do PSF atendeu, mas o mesmo disse que esse atendimento não era para ele e quando seu filho tiver outro problema daí pode trazer, mas esse não. Essa resposta lamentou a minha angústia, como eu estava desesperada pela receita, eu só precisava da receita para comprar a medicação, daí eu tive que pagar um frete, tem hora que agente não tem dinheiro, tem hora que o dono do carro não está e quando agente leva nem sempre tem médico de cabeça lá, eu tive que pagar uma consulta particular só pra ter a receita”. A familiar ainda referiu “Eu

preciso do telefone do CAPS para eu ligar para saber se tem médico no CAPS quando acontecer estas situações de novo e não dar a viagem perdida”

Por causa dessa fala, de início pensei que seria um diálogo de difícil condução, mas logo as necessidades e perspectivas dos usuários, com seus familiares foram sendo faladas, ouvidas e complementadas.

Para cooperar no debate, foi solicitado ao sujeito esclarecer para os outros os seus pontos de vista e posições ocupadas nas relações. Para compreender e interpretar o debate do qual participa, o sujeito precisa se abrir para a sua própria experiência e para a experiência do outro, deixando-se transportar pelo diálogo a posições que ele próprio ainda não conhece.

Observou-se nessa roda que o foco principal da discussão foi o tratamento medicamentoso, no caso foi o único tratamento referido na roda, pois nas suas subjetividades, experiências e o tratamento que eles tem acesso e este ainda é referido por todos como muito difícil: F2 “A minha dificuldade além de comprar o remédio sem dinheiro é também ter a receita para comprar o remédio, porque quando só dar para comprar uma caixa de um e uma caixa de outro e quando não der para comprar tudo de uma vez agente perde a receita, aí vem a outra dificuldade conseguir a outra receita, porque só quem dar é o medico do CAPS, se o médico do posto der a receita fica menos difícil”. U1 “Pra mim a principal dificuldade é não ter o remédio, a família se ajuda muito com relação a isso, na compra, mas às vezes a dificuldade é com a receita, muitas vezes agente tem que pagar a consulta para conseguir a receita, por exemplo, nesse mês passado que o médico estava de férias foi preciso pagar para conseguir a receita às vezes o médico do PSF não quer dar a receita. A sorte é que eu tenho uma cunhada que trabalha na farmácia e conseguiu a consulta”.

Uma questão teórica interessante deve ser ressaltada aqui para se assumir como interlocutor válido no debate, os sujeitos precisam imprimir às suas ideias e experiências validadas, com significado para o sujeito que sofre a intervenção e representa a compreensão que tem do seu dia problema.

U2 “A principal dificuldade era de chegar ao atendimento porque a doença não deixava chegar lá, eu tinha vontade, mas não conseguia”. F3 “Quando é para vir só eu é ótimo demais, a minha dificuldade é para trazer ela, porque é muito dispendioso trazer ela, é difícil demais pra gente andar com ela, ela está muito pesada para andar, vim de moto é arriscado, de carro não dar para pagar o frete e ônibus não tem para ir e voltar, agora mesmo eu tive muita dificuldade para conseguir a receita fui para União, mas o médico não queria dar a receita e sem ela agente não consegue a medicação, não faltando o médico para dar a receita e a medicação não faltando o mais está tudo bem. Ainda bem que o médico psiquiatra atende o

problema dela aí eu não trago ela, ele dar a receita sem ver ela, e só quando está com muito tempo é que eu preciso trazer ela”. F4 “Pois pra mim o difícil é o dia a dia com esse problema, ele fica sem fazer nada há mais de um ano assiste televisão, é calado não conversa, eu não entendo e fico vigiando para ele não fazer besteira”. U3 “Pra mim o difícil é ir até o atendimento do CAPS, mesmo estando mais próximo na UBS tenho palpitação quando vejo gente e sento muito uma falta de coragem”. F5 “Fui ao posto falei com o médico que ele não estava bem, consegui falar com o medico que meu irmão não tem apresentado melhora e tentei que o médico mudasse a medicação, mas o mesmo referiu que era difícil mudar sem ver o paciente. A medicação não está servindo mais para ele, mas ele não consegue chegar ao posto e o médico só muda com a presença dele. Mas agente não consegue levar, nessas situações o médico não pode fazer uma visita?”.

Quando o sujeito questiona uma intervenção, esta é uma condição básica para que o sujeito se veja como interlocutor válido em um processo de comunicação onde ele pode se reconhecer como sujeito de direitos e de desejos, como cidadão com responsabilidades e com demandas, ou seja, não se trata de falar, mas de refletir, a partir da vivencia. Diante de questões que o angustia, o sujeito pode caminhar de maneira mais lenta ou mais confusa, mas em busca de uma solução.

A reflexão não é uma tarefa simples nesses casos e precisa de um tempo subjetivo, um tempo do sujeito que pode ser diferente do tempo que a coordenação imagina ser possível desenvolver uma reflexão. Isto se dá tanto para os indivíduos quanto para o grupo. Muitas vezes o ganho maior não será o conteúdo, mas ver-se incluído no debate.

U4 “Não entende o problema que tenho, tem dia que estou esmorecida com a cabeça doendo e as carnes tremendo e o CADÚ fica com a paciência pouquinho. Não gosto de ir para o atendimento porque quando chego em casa é muito tarde para fazer as coisas, as vezes passa de uma hora para começar fazer o almoço. O tratamento é sem graça é só ir lá pegar a receita, as vezes o remédio, quando tem. Uma vez teve uma reunião e nunca mais”. F “A maior dificuldade pra mim, primeiro é a própria família aceitar e depois disso a própria pessoa aceitar que é doente e precisa fazer o tratamento, porque é um problema que você ver ele como bom e depois ver as palavras que ele diz não tem sentido, e aí você ver a diferença bem aí, mas mesmo vendo isso a família tem dificuldade de aceitar, depois vem o remédio sem ele se aceitar como uma pessoa que precisa, sem se aceitar como doente, ele não aceita a medicação”. U5 “Para o serviço ficar melhor eu preciso do tratamento com remédios eu preciso de um atendimento psicológico. As pessoas da minha família acham que eu não melhoro porque eu não me ajudo”.

A capacidade de pensar um projeto de vida precisa partir da capacidade de entender o problema e encontrar uma forma de adaptar as dificuldades, encontrando possibilidade, mas tudo parte do princípio do conhecimento, porque só se entende aquilo que se conhece.

Quando os conflitos podem ser expressos dentro de um diálogo democrático, há mais espaço para que as soluções encontradas possam contribuir para o respeito interno ao grupo e para a abertura da reflexão sobre as questões enfocadas.

4.2 SEGUNDA RODA DE CONVERSA (PROFISSIONAIS DA ESF)

Esta Roda foi realizada em 17 de janeiro de 2014. A Roda teve duas horas de duração e contou com a participação de dez profissionais da ESF. A Roda aconteceu na sala de reunião da UBS.

Para conduzir a roda foi proposto um roteiro semiestruturado para unificar a discussão entre os três grupos focais sobre o processo de construção da linha de cuidado na atenção psicossocial.

Para conduzir a roda foi proposto um roteiro de condução para unificar a discussão entre os três grupos focais sobre o processo de construção da linha de cuidado na atenção psicossocial. Após explicar a este grupo a proposta do trabalho e lido o roteiro de condução de roda foi solicitado que os mesmos expusessem suas opiniões. Foi esclarecido aos participantes que exponham o que julgam ser pertinente para o estabelecimento deste diálogo em torno das questões e assim para conhecer a opinião deles e para isso é necessário à participação de todos, mas também foi respeitado o que os sujeitos colocam como seu desejo de participação e os seus limites.

Para início uma profissional usou a seguinte expressão E “Essas coisas de doença mental eu não gosto muito não, quando chega um paciente eu referencio logo para a equipe do CAPS que estão indo no posto, então outro profissional continuou: M “tenho dificuldade na identificação dos sintomas clínicos, as várias medicações eu não tenho domínio sobre elas”.

A seguir outro profissional falou “é necessário um psicólogo para ajudar no manejo comportamental, uma vez que muitos desses pacientes apresentam resistência ao tratamento odontológico e é necessário fazer um trabalho psicológico na área com os pacientes”.

As representações na fala dos profissionais sobre o atendimento dos usuários com transtorno mental demonstram aspectos subjetivos do despreparo dessa assistência e repassar esta responsabilidade para a outra profissional se torna bem mais cômodo.

Ainda outro profissional referiu M “Para esse atendimento é necessário capacitação, melhorar a estrutura física da UBS e se pensar em programas de educação em saúde voltada para os pacientes e familiares desses pacientes”. O “Falando em estrutura física também precisa melhorar a estrutura do consultório odontológico”. TE “Não considero difícil o acompanhamento com pessoas em sofrimento mental, como eu só entrego a medicação, eu quase não os vejo, porque é muito difícil aparecer um para falar comigo, na maioria é só os parentes, não sinto dificuldade nenhuma”.

Os agentes comunitários de saúde que são os que estão no contato direto com as famílias e participam desse acompanhamento informando o dia do atendimento e visitando as famílias, refletiram sobre suas próprias dificuldades, especialmente, relacionados à condução de situações que consideram mais delicadas no acompanhamento que diferenciou do restante da equipe, e ainda foram os que demonstraram que necessitam de auxílio no seu trabalho e, principalmente, de espaços para discussão e reflexão.

ACS1 “Uma das dificuldades é a própria família que a família não faz do jeito que é para ser feito, às vezes nem a medicação não dar como é ser feito”. ACS2 “A principal dificuldade para mim é lidar com as pessoas que acompanham, ou seja, a família, pra gente chegar e orientar durante a visita, você identifica que aquela pessoa tem a necessidade de um acompanhamento psiquiátrico, você encaminha, orienta a família e muitas vezes demora um tempo para esse acompanhamento ser feito, até que aquela pessoa que precisa do CAPS entenda que ele realmente precise de um acompanhamento assim, por exemplo, eu tenho um novato que depois de várias abordagens a família é que levou pela primeira vez a uma consulta e além da dificuldade do familiar entender o tipo de pessoa que ele está cuidando. E ainda o paciente fica querendo rejeitar o acompanhamento por que muitas pessoas quando se trata do CAPS ele fica meio cismado porque no CAPS tem pessoas muito problemáticas e quando vem e é identificado que é necessário usar a medicação não usa de forma adequada”. ACS3 “Muitas vezes a falta de interesse da pessoa, alguns faltam por besteira e quem quiser que fique indo atrás”.

O debate entre os ACS foi dinâmico porque um na sua fala envolveu a fala do outro completando suas histórias ou fato, principalmente quando expuseram suas dificuldades vivenciadas no dia a dia. ACS4 “Nós precisamos de uma aproximação maior dos profissionais capacitados para fazer um treinamento para a gente fazer um serviço com mais qualidade,

mais eficiente, para trabalhar com esse tipo de pessoas cujas necessidades são muitas”. ACS5 “Quando é feita a visita o profissional fica mais próximo da família, seria importante se tivesse um cronograma de visita na casa para conhecer e ver de perto a realidade e nos ajudar, a saber, como trabalhar nessas circunstâncias, ou seja, fazer essa preparação com agente realizando visitas junto com agente”. ACS6 “Esse encaminhamento para posto eu acho vago nesse atendimento porque o problema é só amenizado, mas agente precisar de um reforço nas informações que damos e as pessoas fiquem mais cuidadosas e não durmam como se não tivesse acontecendo nada”.

Nesse momento chegou o carro para pegar os profissionais que não moram na área, médico, enfermeira e dentista, por isso, não ficaram até o final da roda. Como ficou esclarecido no início que qualquer um poderia se retirar qualquer momento sem prejuízo, os profissionais se retiraram sem constrangimento. A conversa seguiu apenas com profissionais de nível médio: seis agentes de saúde e um técnico de enfermagem. A conversa que seguiu continuou de onde tínhamos parado de maneira reflexiva, com os participantes dando exemplos de casos que eles identificaram como mais complexos e que era necessário uma intervenção no contexto familiar e social, como relatou um dos ACS2: “foi constrangedor ver aquela situação, o irmão espancou a própria irmã que tem transtorno mental, ela já com mais de quarenta e quatro anos, ele fez isso porque pegou ela namorando justificou essa brutalidade que fez, bateu nela para ela não continuar com sem-vergonhices e não engravidar”. Foi questionada essa e outras situações a partir de suas experiências e buscado compreender tais circunstâncias, porém, a conversa se dava de forma livre, com os assuntos entrecruzados, os temas sendo abordados ora por um, ora por outro, sendo complementados e retomados. Ou seja, o diálogo nesse grupo seguiu nesse sentido se aproximou mais de uma conversa entre amigos do que de uma reflexão orientada. Ai então foram eles que conduziram as reflexões: ACS4 “Hoje o atendimento de saúde mental se resume eu vou lá e oriento, a assistente social faz a triagem, o médico atende, ou seja, um separado do outro”. ACS1 “O atendimento no posto é muito corrido, vem todo mundo com pressa é simplesmente feita a receita, entrega a medicação ali e pronto o resto deixa para lá”. ACS5 “Fica tipo desacompanhado, eu acho”. ACS “Seria importante que esse grupo se reunisse e fosse aquele grupo que conversem unidos buscassem a melhoria para aqueles pacientes”. ACS3 “É difícil lidar com as pessoas que tem esses problemas se todos os profissionais ajudassem seria melhor, pelo menos a responsabilidade seria dividida”. ACS1 “Ter orientações de outros profissionais, eu não acho só as orientações da parte do agente ser suficiente para orientar bem os cuidadores a lidar com estes pacientes, porque tem uma coisa que eu observo pelo menos na minha área, eu visito,

oriento, mas o que eu falo a pessoa não valoriza, há é o agente de saúde que me está orientando, mas eu percebo que é como se fosse um papo de amigos que jogam conversa fora e já estão acostumados a nos ver na redondeza e se dissermos que vai ter uma palestra e se não for pelo menos o médico ou a enfermeira não aparece ninguém, você vai a casa e orienta você está fazendo o seu serviço, mas eu vejo que alguns não valorizam o que está sendo dito”. ACS6 “Tem uns que escutam e está indo para as consultas, mas tem outros que parecem que o que está sendo orientado não é importante e continuam dormindo como se não tivesse acontecendo nada, como se não tivesse esse problema com o integrante da família”. ACS4 “Se tivéssemos uma equipe que um apoiasse o serviço do outro eu me disponibilizo a avisar a família tal dia vamos sentar eu a sua esposa o seu filho e tratar sobre aquele problema daquela pessoa que você tem na sua casa, quanto mais profissionais falarem sobre as condutas isso tem mais força”. ACS2 “Seria importante se a equipe trabalhasse de uma forma mais integrada, o que acontece hoje é encaminha para o posto, isso fica solto porque o problema que foi identificado não vai ser todo ou de jeito nenhum cuidado e nesse sentido esse tratamento fica um pouco vago, quando esses profissionais falam as pessoas valorizam mais, foi o doutor que falou. E isso que eu vejo como uma necessidade pra gente acompanhar melhor esse paciente porque quando isso passar a acontecer a minha próxima visita já vai ser mais fácil com eles, tanto com a pessoa que acompanha como com aquele paciente também. Porque o que foi dito pelo agente foi reforçado por outros profissionais que eles dão mais credibilidade”. ACS5 “Outro problema que eu identifiquei também, eu presenciei que quando entregam a medicação e não dar para o mês o paciente fica tomando em dias alternados porque muitas vezes sem renda não pode comprar, não tem alguém para avaliar adequadamente essa situação, eu acredito que há gente suficiente para isso, o médico, a enfermeira, o psiquiatra, a assistente social, eu acredito que tem como dentro do cronograma de atendimento de todos agendarem visitas e se reunir para discutir os casos”. ACS3 “Muitos até perguntam se médico psiquiatra não faz visita quando a família não consegue levar o paciente. A gente sabe que nem todos precisam desse acompanhamento, mas tem pacientes que há esta necessidade”. ACS1 “Na minha área tem um paciente que eu levei a assistente social do CAPS para fazer uma visita, ela disse que o médico psiquiatra iria lá, até agora nada e toda vez que eu vou lá eu sou cobrado”. ACS4 “Tem gente acamado que precisa da visita aí cobra da gente, a agente não pode fazer nada, aí tá faltando alguma coisa porque eu me sinto trabalhando sozinho e isso não tem condição mesmo”. ACS2 “Ainda tem episódios que atrapalham o nosso serviço, como agente avisa o atendimento, os profissionais faltam e o que e pior cobram da gente como se a irresponsabilidade fosse nossa”. ACS6 “Seria importante

que não tivesse só o atendimento no posto, mas a visita domiciliar dos profissionais do CAPS com os profissionais da ESF, os quais depois iriam sentar e conversar a enfermeira, o psiquiatra, a equipe para discutir de uma forma geral, aquele caso que conheceram”.

Eles demonstraram mecanismos que possibilitam o funcionamento de uma equipe multiprofissional e por conhecer a realidade de perto, formarem vínculos com os familiares também demonstraram sentimento de angústia diante da distância entre o tipo de atendimento que desejam e o que é oferecido a comunidade. Sentem-se pressionados a vencer tarefas difíceis que é o trabalho direto com as famílias, mas que se tornaram simples se houvesse a corresponsabilidade entre todos os profissionais inseridos na ESF. Projetar um futuro, de conhecer os próprios desejos, de avaliar as possibilidades existentes, de avaliar a possibilidade de abrir novas oportunidades, de acreditar em sua capacidade de enfrentar desafios e que o trabalho com equipe multiprofissional é uma possibilidade. O reconhecimento de si mesmo como sujeito que pode enfrentar sua situação de vida está estreitamente relacionado ao reconhecimento do outro como parceiro.

O diálogo é um terreno para que estes vínculos se estabeleçam, tendo a linguagem como cenário, instrumento e estratégia de interação, criando vínculos que também terão que ser vividos em uma prática social para que não haja um esvaziamento de sentidos, mas isto é algo a ser conquistado com as Rodas de Conversa multiprofissional de vários setores afins com o mesmo propósito de assistência.

4.3 TERCEIRA RODA – (PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTA)

Esta Roda foi realizada em 27 de janeiro de 2014. A Roda teve uma hora e meia de duração e contou com a participação de seis profissionais da saúde mental (enfermeira, terapeuta ocupacional que é a coordenadora do serviço, dois psicólogos, assistente social e psiquiatra). A Roda aconteceu em uma sala de reunião do dispositivo de saúde mental (CAPS).

A roda tinha sido marcada previamente em uma data conveniente para a equipe de saúde mental definida pela coordenação do serviço. Cheguei cedo e constatei que nenhum profissional tinha sido avisado da atividade que seria realizada, não foi possível começar no horário definido porque os profissionais referiram ser necessária a presença da coordenação. Percebi desde o início da roda que os profissionais se posicionaram muito na defensiva, o jeito como referiram outro serviço que não funciona e a forma como foi falado é que levou a caracterizar essa compreensão, além disso, foi o único grupo que questionou o conteúdo do

roteiro de sistematização da conversa, referiram que era inadequado porque só perguntava os aspectos ruins e não aspectos positivos das atividades que são realizadas fora do CAPS. Talvez por estarem em uma situação insegura no momento, já estava próximo o processo seleção e ali todos eram contratados através de arranjos políticos. Não sei qual a real causa, só sei que se concentraram tanto na defensiva que não elegeram suas reais necessidades, que poderia ser de gestão, processo de trabalho ou a própria capacitação para o serviço em entender mais sobre a ESF e assim compartilhar as responsabilidades dos usuários com esta equipe.

A roda começou com eles fazendo considerações sobre as perguntas, mas a conversa começou a fluir e eles expuseram nas suas falas que as atividades as quais estavam realizando não tinham integração de ações com a ESF, exceto a fala da TO (Coordenadora do CAPS) que referiu total integração com ESF da área de Novo Nilo que era a área que faz o matriciamento. Nas falas ficou evidente que cada um dos técnicos de referencia realiza na área de sua responsabilidade as ações de acordo com a sua preparação e avaliação das necessidades que acreditam ser adequadas. Mas como o nosso objetivo é propor uma intervenção para os saberes e práticas em uma área específica da UBS Elmira Irene Machado a qual foi escolhida para teste piloto foi dado ênfase as falas da assistente social e do psiquiatra, que são os responsáveis por essa área. AS “A minha maior dificuldade agora é o território por ser muito grande por isso defini no meu planejamento ir mais vezes. Eu acredito que possa melhorar e que inclusive eu já estou fazendo é ir mais vezes no mês não só quando eu estou levando o médico, mas também acho importante eu está presente na entrega da medicação porque eu aproveito e vejo os pacientes e conheço tanto eles como os familiares. Eu acredito muito na presença não só do paciente, mas da família do paciente, quando vai o pai, ou a mãe ou o irmão eu já vou conhecendo eles”. Esse relato foi interessante, porque o que a técnica de referencia acredita ser importante, a comunidade referiu ser ruim ir duas vezes ao posto uma para pegar a receita e outra para pegar a medicação, ou seja sem sentido dois deslocamentos para o mesmo fim, uma ida para pegar a receita com psiquiatra e outra para pegar a medicação, ou saber que não tem para entregar e aí e aí providenciar o deslocamento até a cidade para comprar o psicotrópico.

AS “A minha primeira dificuldade foi conhecer as pessoas que realmente estavam fazendo tratamento, porque eu tinha pessoas que estava na lista que não estavam mais tomando medicação e outras que estavam tomando e não estavam na lista, então a minha necessidade naquele momento era conhecer os usuários que estavam ativos, e quem estava inativo. Então demandou um tempo muito grande para fazer isso, fiz muita reunião com a

equipe da ESF e pedi que eles fizessem visitas para identificar essas pessoas”. Esta outra fala que a técnica de referencia argumentava fazer reuniões com a equipe, apenas os agentes de saúde participaram.

Esta outra fala também contradiz com as falas de agentes e familiares. P“A minha maior dificuldade é a lógica das pessoas que acham que o transtorno mental não mata, deixam faltar remédio, sabe por que eu sei disso, é que quando uma pessoa tem um problema do coração ou quando tem um AVC eles dão um jeito de ir atrás de vascular, fazer uma tomografia, toma dinheiro emprestado, quando a doença é psiquiátrica eles não tem a noção dessa gravidade porque eles são imediatistas, e não veem que a doença mental ao longo prazo ela é deletéria, porque o psiquismo alterado não deixa a pessoa fazer mais nada é muito simples, agente consegue trabalhar com algum problema físico, fazer as coisas, sair, namorar”. Nessa fala ficou clara o compreensão desse profissional sobre a valorização que grupos de familiares dão a doenças diferentes, mas o que esqueceu de relatar é que a doença mental tem uma característica bastante deletéria que é a desagregação familiar, a maioria quebra com os seus vínculos sociais e familiares e sem essa aproximação das pessoas o cuidado mutuo fica prejudicado, sobrecarregando em quase todos um único familiar mais próximo com o usuário adoecido mentalmente.

O psiquiatra foi o único profissional que entrou no mérito da gestão e das ações que podem ser compartilhadas com a ESF. P “Falar da falta estrutura básica como receita, consultório para atendimento isso é obvio e todo mundo sabe que está inadequado. Mas o que eu acho necessário mesmo são campanhas de esclarecimento sobre o problema mental, maior engajamento das equipes em manter o paciente em tratamento. Não existe campanha de esclarecimento para as famílias, você entra no posto de saúde e está lá imagem que identifica a pessoa com hanseníase e os sintomas descritos da tuberculose, mas não tem esclarecimento sobre o transtorno mental. O serviço especializado é bom e ruim, por um lado o serviço especializa tem mais propriedade sobre o transtorno mental, mas nem tudo é resolvido nesse serviço, tem muita coisa que dar para ser resolvido no posto de saúde, muitos reclama que só tem a receita do antidepressivo, do rivotryl quando o psiquiatra vem aqui, isso não deveria acontecer, tanto que hoje as boas especializações em ESF e as residências médicas tem um módulo de saúde mental, sabe identificar casos, tratar casos leves e acompanhar a manutenção. É necessário que a saúde mental passe a fazer parte do programa de saúde da família, a porta de entrada é o agente de saúde, quando ele é treinado para ver se está todo mundo bem na casa, encontrar gestantes e encaminhar para o pré-natal, informar se tem alguém novo na área durante as visitas, mas precisava ser incluído na rotina deles identificar e

encaminhar alguém que precisa de atendimento psiquiátrico, que fiquem sensíveis na identificação de casos de pessoas que necessitem de atendimento psiquiátrico, quem for grave ficar acompanhando, informar internação psiquiátrica para os profissionais da UBS, acompanhar a medicação. Vou dizer uma coisa, tratar ansiedade e depressão é mais fácil do que tratar hipertensão e diabetes, sabe por que? Porque eles tomam os remédios mas não corrigem os hábitos deles. Os pacientes psiquiátricos muitos deles só a medicação resolve. Agora o que atrapalha mais é a própria programação do PSF, durante a semana tem o dia do HIPERDIA, da saúde da mulher, do idoso, mas não tem o dia da saúde mental que poderia ser pelo menos uma vez por mês, o maior problema é delegar somente as equipes de saúde mental o tratamento da saúde mental. Eu poderia ser corporativista, principalmente para justificar o meu salário, mas está chegando muitos casos que não é para chegar e acaba onerando e atrapalhando o serviço, como são os casos de epilepsia que são atendidos pelos CAPS de interior, deixando moradores da zona rural delirante, surtado sem atendimento. Está com o agendamento de atendimento completo para o mês todo e com a fila de consulta muito grande com pessoas que tomam somente diazepam para dormir e outros com epilepsia e muitos surtando, alucinando, delirando, agressivo na zona rural, procura atendimento e não tem vaga. Eu acho que muitos que estão lotando o CAPS são casos que é o clínico que tem que tratar se ele precisar de um suporte tem que encaminhar para o neurologista. A minha principal necessidade é diminuir essa desvinculação que tem da saúde mental com o restante da medicina, isso já começa na própria faculdade né, não entendo a dificuldade desses atendimentos, porque muitos atendem em um serviço de urgência sem materiais e equipamentos básicos necessários para o serviço, porque eu sei disso, porque quando eu era só clínico eu atendia assim e o que eu tinha mais medo era de morrer alguém no meu plantão, porque eles atendem pacientes enfartando sem nenhum suporte necessário e isso pode ocasionar uma morte iminente, mas atende e encaminha para Teresina, mas não quer receber um paciente agitado, agressivo, que nesse caso não precisa saber de nada da psiquiatria é só prescrever um diazepam ou um haldol, ou seja, medicar, fazer uma contenção esperar ou encaminhar para Teresina”.

A representação do grupo de especialistas em saúde mental concorda sobre a necessidade de apoio da equipe da ESF, mostrou consenso sobre superar dificuldades da comunidade, na realidade foi muito difícil para eles responder suas necessidades e dificuldades. Tudo isso leva a crer que as ações de saúde mental na atenção básica, quando é feito é realizado um serviço de maquiagem, saúde mental é isso um serviço maquiado e a justificativa é a falta de recurso suficiente para a demanda, não tem organização de processo

de trabalho para o acompanhamento sofrimentos mental de usuário e familiares, essa é a triste realidade encontrada.

5 OBSERVAÇÃO DE CAMPO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na observação de campo durante os quatro meses de acompanhamento da equipe matricial, verificou que as ações de saúde mental predominantes é o atendimento médico prescritivo, ou seja, centrado na consulta psiquiátrica e na prescrição da medicação psicotrópica, sem nenhuma ação complementar a esta, por exemplo, como psicoterapia individual e/ou de grupo, oficinas terapêuticas ou no mínimo intervenção familiar, estas ações não foram encontradas de forma pontuais e nem esporádicas. Observei também que as áreas matriciadas ficam a cargo do técnico de referencia, que nessa área é uma assistente social do CAPS e a este técnico é incumbida à função de planejar, executar e acompanhar a execução das ações de saúde mental na sua área adscrita.

Para verificar se o que presenciei na prática estava no planejamento de gestão, busquei estes documentos e constatei que estas ações em comparação a outras, que a saúde mental não é uma das prioridades dos gestores, pois, não foi encontradas garantias de continuidade ao tratamento e acompanhamento dos usuários com transtorno mental no plano plurianual da gestão anterior e nem alterações no PPA da gestão atual.

Para prejudicar a continuação das ações desse serviço, os profissionais da saúde mental continuam sendo contratados de forma precária diferente dos da atenção básica que são concursados, ou seja, a rede de atenção psicossocial quebra à medida que muda a gestão, comprometendo a qualidade da assistência, como o ocorrido na mudança de gestão anterior .

Observei também que as visitas domiciliares são realizadas mensalmente para cada família e é dada prioridade para revisitação aos casos prioritários, exceto os usuários de saúde mental não é dada essa prioridade, por que eles não fazem parte dos programas cobrados pelos indicadores de saúde.

A condução das três rodas de conversa, uma com usuários e familiares, outra com profissionais da ESF e por ultimo com profissionais da saúde mental foi organizado em duas categorias: dificuldades, necessidades no acompanhamento da doença mental e as perspectivas referidas por eles sobre o serviço de acompanhamento em saúde mental. Estas categorias foram encontradas a partir do roteiro de condução das rodas que tiveram como fator decisivo da utilização do roteiro a tentativa de agrupamento por aproximação do núcleos de sentido mesmo estando em três grupos diferente, mas que se complementam no planejamento das intervenções baseado nas falas dos participantes das três rodas de conversa mediante o recortes e agregação das representações dos grupos focais, permitindo atingir uma aproximação por núcleo de sentido nos elementos de análise.

5.1 QUADRO DE ANÁLISE PARA A ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE REORIENTAÇÃO DOS SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL DA ATENÇÃO BÁSICA.

Para obter uma congruência entre as falas das rodas de conversa foi elaborado um roteiro de condução das rodas para se conhecer as dificuldades, necessidades e perspectivas no serviço de acompanhamento em saúde mental que definiu as categorias gerais de análise dos grupos focais.

Quadro 01 - Categorias gerais de análise dos grupos focais

Categorias gerais de análise
Dificuldades e necessidades no acompanhamento da doença mental
Perspectivas no serviço de acompanhamento em saúde mental

Fonte: Elaborado pela própria autora

Quadro 2 - Categorias gerais e subcategorias dos núcleos de sentido com suporte das ideias centrais contidas nas falas dos participantes das três rodas de conversa

Categorias Gerais	Subcategorias
Dificuldades e necessidades no acompanhamento em saúde mental.	Dificuldade de manutenção da medicação e supremacia do modelo biomédico tradicional
	Necessidade de formação em saúde mental na atenção básica
	Necessidade de planejamento das ações de saúde mental
Perspectivas no acompanhamento em saúde mental.	Corresponsabilidade na assistência entre profissionais de saúde, familiares e usuários.

Fonte: Elaborado pela própria autora

Foi realizada leitura flutuante e exaustiva das rodas de conversa, objetivando o recorte dos núcleos de sentido, com suporte nas ideias centrais contidas nas falas dos participantes, os dados foram agrupados em quadros, tendo-se sempre como referência os objetivos, a questão norteadora e o referencial teórico da pesquisa e assim, foram elaboradas as categorias gerais de análise e as subcategorias de análise.

Quadro 3 - Categorias gerais e exploração das subcategorias e aproximação dos núcleos de sentido para levantamento dos elementos de análise das dificuldades, necessidades e perspectivas no acompanhamento em saúde mental informado pelos participantes das rodas.

Categorias Gerais	Subcategorias	Elementos de análise
Dificuldades e necessidades no acompanhamento em saúde mental.	Dificuldade de manutenção da medicação e supremacia do modelo biomédico tradicional	Dificuldade de manutenção da medicação
		Prevalência do modelo assistencial psiquiátrico para tratamento da maioria dos usuários, em detrimento de abordagens complementares e substitutivas.
		Demanda excessiva, tanto para a ESF como para os profissionais da saúde mental;
	Necessidade de formação em saúde mental na atenção básica	Despreparo dos profissionais do CAPS sobre as ações de saúde mental na atenção básica
		Despreparo dos profissionais da ESF para abordar os problemas de saúde mental
		Falta de informação e apoio para o cuidado
	Necessidade de planejamento das ações de saúde mental	Falta de planejamento das ações de saúde mental de acordo com as dificuldades e necessidades da área
		Falta de conexão entre os dispositivos da rede.

		Falta de atenção domiciliar
Perspectivas no acompanhamento em saúde mental.	Corresponsabilidade na assistência entre profissionais de saúde, familiares e usuários	Falta de adesão ao tratamento por parte dos familiares
		Falta de corresponsabilidade entre as equipes referencial e matricial nas ações de saúde mental na área.

Fonte: Elaborado pela própria autora

Consistiu na exploração das subcategorias e agrupamento por aproximação dos núcleos de sentido ou elemento de análise contida nas falas dos participantes nas três rodas de conversa. Foi realizada a codificação dos dados, mediante os recortes e classificação, neste momento, foram priorizados os recortes mais relevantes para o estudo, buscou-se encaixá-los nos eixos temáticos das categorias gerais de análise.

5.2 NA CONTRA MÃO DA REDE: ELEMENTOS DE ANÁLISE E CONSTRUÇÃO DE UM DIÁLOGO ENTRE OS SUJEITOS DAS RODAS.

Segundo Zanotto e De Rose (2003), interpretando Paulo Freire, sublinham que a ação de problematizar acontece a partir da realidade que cerca o sujeito; a busca de explicação e solução visa a transformar aquela realidade, pela ação do próprio sujeito (sua práxis). O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente.

Ficou evidenciado a necessidade do acompanhamento da ESF junto à equipe de saúde mental, com parceria e corresponsabilidade fazendo a interconsulta e acompanhamento de casos em ação conjunta e ações diversificadas tais como avaliação clínica, visitas domiciliares, intervenções na crise, monitoramento da terapêutica medicamentosa, agendamento de consultas e visitas domiciliares, encaminhamentos, intervenção psicossocial, oficinas terapêuticas, suporte familiar, busca ativa, entre outras, considerando o contexto social que cada serviço está inserido e a preparação de todos os integrantes para executar estas ações de saúde mental tendo como essa iniciativa para elaboração do projeto terapêutico singular para orientar o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco, envolvendo todos nessa construção, profissionais da ESF, profissionais da saúde mental, usuários e familiares e

reconhecer nessa discussão coletiva que os risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde. Com base no risco é definido o Projeto Terapêutico e a partir dele definir ações complementares de apoio muito, entre os trabalhador de saúde e orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à suas necessidades. Importa pensar que com a Linha do Cuidado Integral organizada, o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários, e não no cardápio pronto para que os usuários usem apenas o que é oferecido.

Quadro 4 - Elementos de análise e recortes das falas dos sujeitos das rodas de conversa de acordo com a aproximação das representações das ideias desses sujeitos para elaboração dos objetivos de intervenção

APROXIMAÇÃO DOS ELEMENTOS DE ANÁLISE ENTRE AS RODAS		
Elementos de análise	Trechos das discussões que representam necessidades e dificuldades	Objetivos propostos
Dificuldade de manutenção da medicação	F “A minha dificuldade além de comprar o remédio sem dinheiro é também ter a receita, mas se eu tive que perder a receita, porque só dava para comprar uma caixa de um e uma caixa de outro e quando não der para comprar tudo de uma vez agente perde a receita, aí vem a outra dificuldade conseguir a outra receita, porque só quem dar é o medico do CAPS, se o médico do posto der a receita fica menos difícil”.	Melhorar acesso dos usuários e familiares para a manutenção da medicação
	U “Pra mim a principal dificuldade é não ter o remédio, a família se ajuda muito com relação a isso, na compra, mas às vezes a dificuldade é com a receita, muitas vezes agente tem que pagar a consulta para conseguir a receita, por exemplo, nesse mês passado que o médico estava de férias foi preciso pagar para conseguir a receita às vezes o médico do PSF não quer dar a receita. A sorte é que eu tenho uma cunhada que trabalha na farmácia e conseguiu a consulta”.	
	ACS “Outro problema que eu identifiquei também, eu	Construir parcerias

	<p>presenciei que quando entregam a medicação e não dar para o mês o paciente fica tomando em dias alternados porque muitas vezes sem renda não pode comprar, não tem alguém para avaliar adequadamente essa situação, eu acredito que há gente suficiente para isso, o médico, a enfermeira, o psiquiatra, a assistente social, eu acredito que tem como dentro do cronograma de atendimento de todos agendarem visitas e se reunir para discutir os casos”.</p>	<p>entre a ESF e outros dispositivos de rede para buscar soluções para a manutenção da medicação, para os casos cuja a realidade sócio econômica os prejudica.</p>
<p>Prevalência do modelo assistencial psiquiátrico para tratamento da maioria dos usuários, em detrimento de abordagens complementares e substitutivas</p>	<p>P “A minha maior dificuldade é a lógica das pessoas que acham que o transtorno mental não mata, deixam faltar remédio, sabe por que eu sei disso, é que quando uma pessoa tem um problema do coração para tem um AVC eles dão um jeito de ir atrás de vascular, fazer uma tomografia, toma dinheiro emprestado, quando a doença é psiquiátrica eles não tem a noção dessa gravidade porque eles são imediatistas, e não veem que a doença mental ao longo prazo ela é deletéria, porque o psiquismo alterado não deixa a pessoa fazer mais nada é muito simples, agente consegue trabalhar com algum problema físico, fazer as coisas, sair, namorar, mas com a doença mental até pequenas coisas fica difícil”.</p>	<p>Fortalecer as tecnologias leves como ações de intervenção da ESF em saúde mental</p> <p>Conhecer o que os familiares e usuários sabem sobre a doença mental e significado dado a medicalização da doença para eles.</p>
<p>Falta de planejamento das ações de saúde mental de acordo com as dificuldades e necessidades da área</p>	<p>U. ”Eu acho sem necessidade ir duas vezes ao posto uma para pegar a receita e outra para pegar a medicação”.</p> <p>U “Não gosto de ir para o atendimento porque quando chego em casa é muito tarde para fazer as coisas, as vezes passa de uma hora para começar fazer o almoço. O tratamento é sem graça é só ir lá pegar a receita, as vezes o remédio, quando tem. Uma vez teve uma reunião e nunca mais”.</p> <p>AS “Eu acho importante eu está presente na entrega da</p>	<p>Melhorar o planejamento das ações de saúde mental conhecendo o território e as necessidades dos usuários e familiares</p> <p>Conhecer o perfil</p>

	<p>medicação porque eu aproveito e vejo-os e conheço tanto eles como os familiares. Eu acredito muito na presença não só do paciente, mas da família do paciente, quando vai o pai, ou a mãe ou o irmão eu já vou conhecendo eles”.</p>	<p>epidemiológico com registros das informações das condições das doenças mental.</p>
<p>Despreparo dos profissionais do CAPS sobre as ações de saúde mental na atenção básica</p>	<p>P “O serviço especializado é bom e ruim, por um lado o serviço especializa tem mais propriedade sobre o transtorno mental, mas nem tudo é resolvido nesse serviço, tem muita coisa que dar para resolver no posto de saúde, muitos reclama que só tem a receita do antidepressivo, do rivotryl quando o psiquiatra vem aqui, isso não deveria acontecer tanto que hoje as boas especializações em ESF e as residências médicas tem um módulo de saúde mental, sabe identificar casos, tratar casos leves e acompanhar a manutenção”.</p>	<p>Protocolar o repasse dos usuários estabilizados, para dar segurança no acompanhamento do tratamento pelo médico da ESF.</p>
	<p>ACS “Ter orientações de outros profissionais, eu não acho só as orientações da parte do agente ser suficiente para orientar bem os cuidadores a lidar com estes pacientes, porque tem uma coisa que eu observo pelo menos na minha área, eu visito, oriento, mas o que eu falo a pessoa não valoriza, há é o agente de saúde que me está orientando, mas eu percebo que é como se fosse um papo de amigos que jogam conversa fora e já estão acostumados a nos ver na redondeza e se dissermos que vai ter uma palestra e se não for pelo menos o médico ou a enfermeira não aparece ninguém, você vai a casa e orienta você está fazendo o seu serviço, mas eu vejo que alguns não valorizam o que está sendo dito”.</p>	<p>Conhecer as ações dos integrantes da equipe de SF</p>
<p>Despreparo dos profissionais da ESF para abordar os</p>	<p>E da ESF “Essas coisas de doença mental eu não gosto muito não, quando chega um paciente eu referencio logo para a equipe do CAPS que estão indo no posto”.</p>	<p>Fazer rodas de conversa para discussão de casos para integrar ações</p>

problemas de saúde mental		de intervenção multiprofissional.
	M da ESF. “tenho dificuldade na identificação dos sintomas clínicos, as várias medicações eu não tenho domínio sobre elas”.	Reconhecer as potencialidades através da educação permanente em saúde às possibilidades das intervenções em saúde mental da equipe da estratégia de saúde da família.
	O “é necessário um psicólogo para ajudar no manejo comportamental, uma vez que muitos desses pacientes apresentam resistência ao tratamento odontológico e é necessário fazer um trabalho psicológico na área com os pacientes”.	
	TE “Não considero difícil o acompanhamento com pessoas em sofrimento mental, como eu só entrego a medicação, eu quase não os vejo, porque é muito difícil aparecer um para falar comigo, na maioria é só os parentes, não sinto dificuldade nenhuma”.	
	ACS “Nós precisamos de uma aproximação maior dos profissionais capacitados para fazer um treinamento para a gente fazer um serviço com mais qualidade, mais eficiente, para trabalhar com esse tipo de pessoas cujas necessidades são muitas”.	
Demanda excessiva, tanto para a ESF como para os profissionais da saúde mental;	P. “O maior problema é delegar somente as equipes de saúde mental o tratamento da saúde mental. Eu poderia ser corporativista, principalmente para justificar o meu salário, mas está chegando muitos casos que não é para chegar e acaba onerando e atrapalhando o serviço, como são os casos de epilepsia que são atendidos pelos CAPS de interior, Eu acho que são casos que é o clínico que tem que tratar se ele precisar de um suporte tem que encaminhar para um neurologista. A minha principal necessidade é essa diminuir essa desvinculação que tem da saúde mental com o restante da medicina, o pior que isso já começa na própria faculdade né”.	Redefinir os casos que devem ser acompanhados pelas duas equipes e casos que são exclusivos da atenção básica.

	<p>P “Agora o que atrapalha mais é a própria programação do PSF, durante a semana tem o dia do HIPERDIA, da saúde da mulher, do idoso, mas não tem o dia da saúde mental que poderia ser pelo menos uma vez por mês”.</p>	. Fazer parte da programação da ESF uma vez por mês o dia da saúde mental
	<p>P “Está com o agendamento de atendimento completo para o mês todo e com a fila de consulta muito grande com pessoas que tomam só diazepam para dormir e outros com epilepsia prejudica o atendimento porque muitos surtando, alucinando, delirando, agressivo na zona rural, procura atendimento e não tem vaga”.</p>	Compartilhar os casos mais complexos de forma eficiente e resolutiva
Falta de informação e apoio para o cuidado	<p>F “Difícil no dia a dia com o problema, ele fica sem fazer nada há mais de um ano assiste televisão, é calado não conversa, eu não entendo e fico vigiando para ele não fazer besteira”.</p>	Fortalecer o autocuidado apoiado
	<p>U “Não entende o problema que tenho, tem dia que estou esmorecida com a cabeça doendo e as carnes tremendo e o CADÚ fica com a paciência pouquinha”.</p>	
	<p>F “A maior dificuldade pra mim, primeiro é a própria família aceitar e depois disso a própria pessoa aceitar que é doente e precisa fazer o tratamento, porque é um problema que você ver ele como bom e depois ver as palavras que ele diz não tem sentido, e aí você ver a diferença bem aí, mas mesmo vendo isso a família tem dificuldade de aceitar, depois vem o remédio sem ele se aceitar como uma pessoa que precisa, sem se aceitar como doente, ele não aceita a medicação”.</p>	
	<p>U “Para o serviço ficar melhor eu preciso do tratamento com remédios eu preciso de um atendimento psicológico. As pessoas da minha família acham que eu não melhoro porque eu não me ajudo”.</p>	Realizar intervenção na comunidade
	<p>P “para esse atendimento é capacitação, melhorar a estrutura física da UBS e se pensar em programas de</p>	

	educação em saúde voltada para os pacientes e familiares desses pacientes”.	
Falta de conexão entre os dispositivos da rede.	<p>ACS “Seria importante se a equipe trabalhasse de uma forma mais integrada, o que acontece hoje é encaminha para o posto, isso fica solto porque o problema que foi identificado não vai ser todo ou de jeito nenhum cuidado e nesse sentido esse tratamento fica um pouco vago, quando esses profissionais falam as pessoas valorizam mais, foi o doutor que falou. E isso que eu vejo como uma necessidade pra gente acompanhar melhor esse paciente porque quando isso passar a acontecer a minha próxima visita já vai ser mais fácil com eles, tanto com a pessoa que acompanha como com aquele paciente também. Porque o que foi dito pelo agente foi reforçado por outros profissionais que eles dão mais credibilidade”.</p> <p>ACS “Se tivéssemos uma equipe que um apoiasse o serviço do outro eu me disponibilizo a avisar a família tal dia vamos sentar eu a sua esposa o seu filho e tratar sobre aquele problema daquela pessoa que você tem na sua casa, quanto mais profissionais falarem sobre as condutas isso tem mais força”.</p> <p>P “A saúde mental passe a fazer parte do programa de saúde da família. A porta de entrada é o agente de saúde, quando ele é treinado pra que? Pra ver se está todo mundo bem na casa, encontrar gestantes e encaminhar para o pré-natal, informar se tem alguém novo na área durante as visitas, mas precisava ser incluído na rotina deles eles identificarem e encaminhar alguém que precisa de atendimento psiquiátrico, que fiquem sensíveis na identificação de casos que necessite de atendimento psiquiátrico. Quem for grave ficar acompanhando, informar internação</p>	Consolidar parcerias eficientes entre as equipes referencial e matricial

	<p>psiquiátrica para os profissionais da UBS, acompanhar a medicação. Vou dizer uma coisa, tratar ansiedade e depressão é mais fácil do que tratar hipertensão e diabetes, sabe porque eles tomam os remédios mas não corrigem os hábitos deles, mas os pacientes psiquiátricos muitos deles só a medicação resolve”.</p>	
<p>Falta de adesão ao tratamento por parte dos familiares</p>	<p>ACS “Uma das dificuldades é a própria família que a família não faz do jeito que é para ser feito, às vezes nem a medicação não dar como é ser feito”.</p>	<p>Orientar familiares sobre as condutas e importância da manutenção do tratamento</p>
	<p>ACS “A principal dificuldade para mim é lidar com as pessoas que acompanham, ou seja, a família, pra gente chegar e orienta durante a visita você identifica que aquela pessoa tem a necessidade de um acompanhamento psiquiátrico, você encaminha, orienta a família e muitas vezes demora um tempo para esse acompanhamento ser feito, até que aquela pessoa que precisa do CAPS entenda que ele realmente precise de um acompanhamento assim, por exemplo, eu tenho um novato que depois de várias abordagens a família é que levou pela primeira vez a uma consulta e além da dificuldade do familiar entender o tipo de pessoa que ele está cuidando. E ainda o paciente fica querendo rejeitar o acompanhamento por que muitas pessoas quando se trata do CAPS ele fica meio cismado porque no CAPS tem pessoas muito problemáticas e quando vem e é identificado que é necessário usar a medicação não usa de forma adequada”.</p>	
	<p>ACS “Tem uns que escutam e está indo para as consultas, mas tem outros que parecem que o que está sendo orientado não é importante e continuam dormindo como se não tivesse acontecendo nada, como se não tivesse esse problema com o integrante da</p>	<p>Formar grupos informativos</p>

	<p>família”.</p> <p>ACS “Muitas vezes a falta de interesse da pessoa, alguns faltam por besteira e quem quiser que fique indo atrás”.</p>	
Falta de atenção domiciliar	<p>U “A principal dificuldade era de chegar ao atendimento porque a doença não deixava chegava lá, eu tinha vontade, mas não conseguia”.</p> <p>F “Quando é para vir só eu é ótimo demais, a minha dificuldade é para trazer ela, porque é muito dispendioso trazer ela é difícil de mais pra gente andar com ela, ela está muito pesada para andar com ela, porque ela está muito pesada, vim de moto é arriscado, de carro não dar para pagar o frete e ônibus não tem para ir e voltar, agora mesmo eu tive muita dificuldade para conseguir a receita fui para União, mas o médico não queria dar a receita e sem receita agente não consegue medicação, não faltando o médico para dar a receita e a medicação não faltando o mais está tudo bem. Ainda bem que o médico psiquiatra atende o problema dela aí eu não trago ele dar a receita sem ver ela, e só quando está com muito tempo é que eu preciso trazer ela”.</p> <p>U “Ir até o atendimento do CAPS, mesmo estando mais próximo na UBS tenho palpitação quando vejo gente e sento muito uma falta de coragem”.</p> <p>F “Fui ao posto falei com o médico que ele não estava bem, consegui falar com o medico que meu irmão não tem apresentado melhora e tentei que o médico mudasse a medicação, mas o mesmo referiu que era difícil mudar sem ver o paciente. A medicação não está servindo mais para ele, mas ele não consegue chegar ao posto e o médico só muda com a presença dele. Mas agente não consegue levar nessa situação o</p>	<p>Agendar visita com equipe multiprofissional para os casos que não conseguem chegar até a UBS de acordo com as necessidades identificadas</p>

	<p>médico não pode fazer uma visita?”.</p> <p>ACS “Esse encaminhamento para posto eu acho vago nesse atendimento porque o problema é só amenizado, mas agente precisar de um reforço nas informações que damos e as pessoas fiquem mais cuidadosas e não durmam como se não tivesse acontecendo nada”.</p> <p>ACS “Muitos até perguntam se médico psiquiatra não faz visita quando a família não consegue levar o paciente. A gente sabe que nem todos precisam desse acompanhamento, mas tem pacientes que há esta necessidade”.</p> <p>ACS “Quando é feito a visita o profissional fica mais próximo da família, seria importante se tivesse um cronograma de visita na casa para conhecer e ver de perto a realidade e nos ajudar, a saber, como trabalhar nessas circunstancias, ou seja, fazer essa preparação com agente realizando visitas junto com agente”.</p> <p>ACS “Na minha área tem um paciente que eu levei a assistente social do CAPS para fazer uma visita, ela disse que o médico psiquiatra iria lá, até agora nada e toda vez que eu vou lá eu sou cobrado”.</p> <p>ACS “Tem gente acamado que precisa da visita aí cobra da gente, a agente não pode fazer nada, aí tá faltando alguma coisa porque eu me sinto trabalhando sozinho e isso não tem condição mesmo”.</p>	
Falta de corresponsabilidade entre as equipes referencial e matricial nas ações de saúde mental na área.	<p>ACS “Hoje o atendimento de saúde mental se resume eu vou lá e oriento, a assistente social faz a triagem, o médico atende, ou seja, um separado do outro”.</p> <p>ACS “O atendimento no posto é muito corrido, vem todo mundo com pressa é simplesmente feita a receita, entrega a medicação ali e pronto o resto deixa para lá”.</p> <p>ACS “Fica tipo desacompanhado, eu acho. Seria importante que esse grupo se reunisse e fosse aquele</p>	Construir parcerias para o acompanhamento dos casos na área.

	<p>grupo que conversem unidos buscassem a melhoria para aqueles pacientes”.</p>	
	<p>ACS “Seria importante que não tivesse só o atendimento no posto, mas a visita domiciliar dos profissionais do CAPS com os profissionais da ESF, os quais depois iriam sentar e conversar a enfermeira, o psiquiatra, a equipe para discutir de uma forma geral, aquele caso que conheceram”.</p>	
	<p>AS “A minha maior dificuldade agora é o território por ser muito grande por isso defini no meu planejamento ir mais vezes. Eu acredito que possa melhorar e que inclusive eu já estou fazendo é ir mais vezes no mês não só quando eu estou levando o médico”.</p>	
	<p>AS “A minha maior dificuldade agora é o território por ser muito grande por isso defini no meu planejamento ir mais vezes. Eu acredito que possa melhorar e que inclusive eu já estou fazendo é ir mais vezes no mês não só quando eu estou levando o médico”.</p>	<p>Pactuar responsabilidades entre os integrantes da equipe referencial e matricial</p>
	<p>P “Falar da falta estrutura básica como receita, consultório para atendimento isso é obvio e todo mundo sabe que está inadequado. Mas o que eu acho necessário mesmo são campanhas de esclarecimento sobre o problema mental, maior engajamento das equipes em manter o paciente em tratamento. Não existe campanha de esclarecimento para as famílias, você entra no posto de saúde e está lá imagem que identifica a pessoa com hanseníase e os sintomas descritos da tuberculose, mas não tem esclarecimento sobre o transtorno mental”.</p>	
	<p>ACS “Ainda tem episódios que atrapalham o nosso serviço, como agente avisa o atendimento, quando os profissionais faltam cobram da gente como se a irresponsabilidade fosse nossa”.</p>	

	<p>P “não entendo a dificuldade desse atendimento, porque muitos atendem num serviço de urgência sem materiais e equipamentos básicos necessários para o serviço, porque eu sei disso, porque quando eu era só clínico eu atendia assim e o que eu tinha mais medo era de morrer alguém no meu plantão, porque eles atendem pacientes enfartando sem nenhum suporte necessário e isso pode ocasionar uma morte iminente, mas atende e encaminha para Teresina, mas não quer receber um paciente agitado, agressivo, que nesse caso não precisa saber de nada da psiquiatria é só prescrever um diazepam ou um haldol, ou seja, medicar, fazer uma contenção esperar ou encaminhar para Teresina”.</p>	<p>Compartilhar com o profissional enfermeiro as ações pactuadas entre os médicos para que o mesmo auxilie nas decisões em consonância com o médico, já que este profissional muda muito, principalmente nas áreas de zona rural.</p>
--	---	---

Fonte: Elaborado pela própria autora

Foram recortadas e exemplificadas as falas dos sujeitos das três rodas para entendimento das representações subjetiva das ideias agrupadas nas falas dos participantes de acordo com os núcleos de sentido e eleitas com base na releitura das rodas, onde as informações foram agrupadas pela repetição, os dados foram aproximados no quadro, possibilitando o confronto das convergências e divergências dos núcleos de sentido dos grupos focais, resultando em uma síntese horizontal, de forma que os conteúdos foram recortados e agrupados para facilitar a construção dos núcleos de objetos de intervenção.

5.3 AS MÃOS DA REDE: QUE PAPEL É ESSE DOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO LÁ.

As falas evidenciou uma possibilidade de construção coletiva do trabalho em saúde mental, embasados na Política de Educação Permanente em saúde, já que a formação e apoio para o cuidado foi um dos elementos de análise indicado por todos da roda para fortalecer estas pessoas que lidam com este cuidado utilizando as tecnologias leves e de acordo com Mendes (2012) a resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

Também foi referida a falta de articulação das práticas com as demandas sociais e dificuldades em relação ao trabalho multiprofissional. Para que as ações sejam focadas nas necessidades dos sujeitos em seu território, as formas de produzir saúde passam pela modificação do processo de trabalho das equipes.

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais, seguindo aquilo que nos diz Cecílio e Merhy: (2003)“... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores ...”.

Fazer saúde mental nos dias de hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistente social, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos. (LANCETTI E; AMARANTE, 2012)

Ampliar a capacidade de escuta entre os vários atores envolvidos é o primeiro passo para tecer a rede, promovendo espaços de coanálise e compreensão dos diferentes olhares sobre a realidade, com o objetivo de construir consensos possíveis, que incluam as diferenças e possibilitem atingir objetivos comuns a todos. (MENDES, 2012)

Dessa maneira, a construção da atenção em saúde mental de incluir uma ampla variedade de interesses (usuários, familiares e profissionais), fixando prioridades e definindo objetivos de acordo com as necessidades identificadas na comunidade e os recursos disponíveis (VIANA; BARROS. 2005)

Uma das primeiras ações de implantação de uma equipe de saúde da família é conhecer a população de sua área adscrita, e para isso é feito e atualizado periodicamente do SIAB, com uma finalidade primordial registrar e conhecer a população e com domínio dessa informação segmentar, ou seja, subdividida em subpopulações e conhecendo os fatores de riscos, serve como base para o planejamento das ações da equipe. Nesse deslocamento, os profissionais da atenção básica tem potencialidade como parceira dessa intervenção, porque tem mais domínio sobre o território, que é um dos conhecimentos necessários que já usam para o planejamento das ações que realizam.

O conhecimento da população da ESF envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sócio sanitário; a vinculação das famílias à

equipe da ESF; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e a identificação das subpopulações com condições de saúde muito complexas. (CAMPOS, 2012)

As redes possuem muitos centros e muitos nós, na construção da linha de cuidado que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. (BRASIL, 2004).

A representação do grupo de familiares e usuários sobre atenção saúde mental mostrou uma concepção de necessidade melhorar a qualidade no acompanhamento, e que os profissionais não faltem quando marcar o atendimento e melhorar a assistência na hora das crises e a dificuldade de manutenção da medicação no que se refere a compra da medicação por falta de receita, de uma forma generalizada o médico representa a figura central e detentor das respostas aos seus anseios que é necessidades da medicação.

As representações de usuário com familiar e ACS que conhecem a realidade das famílias em suas residências e argumentam a dificuldade de manutenção do modelo biomédico tradicional. Essas observações feitas demonstram a falta de autonomia de usuários e familiares, pois ficam a mercê dos profissionais, que atuam como lhes convierem e os demais que se adequem ao que foi determinado.

A roda de conversa com os profissionais da atenção básica ficou evidente um maior envolvimento e empatias dos ACS e um maior vínculo com familiares e usuários, sobre o sofrimento mental observado a partir das suas falas.

O ACS é a pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro, pois nele mora e trabalha munido de conhecimentos em torno do processo de saúde-doença, e de saberes que lhe servem como ferramenta na interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades (NUNES e col., 2002).

Apesar da falta de preparação para as ações em saúde mental referida pelos ACS, verifiquei nas suas falas que eles precisam reconhecer o potencial que eles tem, apesar de não reconhecerem eles tem muitas ferramentas de trabalho na identificação, acompanhamento e monitoramento desses casos, quando realizam escuta, orientação e visitas domiciliares, eles esperam melhorar a situação de saúde e de vida dos usuários, prevenindo crises, monitorando o uso da medicação e de frequência as consultas e de sua situação social.

Ficaram bem claro nas suas falas a necessidade de buscar alternativas, ferramentas e métodos que auxiliem no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde e

melhorar sua articulação com as equipes no acompanhamento desses casos, pois quando eles chegam na residência para avisar o dia de atendimento do médico psiquiatra e a entrega da medicação se deparam com alguma situação que continuam e muitos ficam sem resposta, um trabalho solto da equipe como eles referiram e importante saber que “É função dos CAPS assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar” (BRASIL, 2004)

A escuta proporcionada pelos ACS e ou qualquer profissional de saúde é utilizada com o propósito de favorecer momentos para o usuário desabafar e aliviar suas angústias mediante a exposição de seus problemas e dificuldades vivenciadas. Essa familiaridade no relacionamento face a face, implica dizer que se intensifica a apreensão mútua subjetividades envolvidas (SCHUTZ, 1979.)

Apesar das práticas dos ACS estarem centradas na visita domiciliar para avisar e relembrar da data da consulta e da entrega de medicação estes ressaltam a importância do trabalho em equipe para dar uma base forte do acompanhamento dos casos e compartilhar estas responsabilidades com apoio muito e ainda ressaltarem a necessidade de discussão dos casos complexos como maneira de não se sentirem sozinhos nesse acompanhamento, vale ressaltar também que os ACS são os profissionais que vivem na comunidade, conhecem as pessoas que lá residem, dão informação sobre os que vão, os que chegam e dos que permanecem, ou seja, vivenciam a dinâmica do território e até mesmo os seus vínculos fora do território, e sofrem as consequências por lidarem direto com as pessoas no seu ambiente de domínio e estarem continuamente lidando com estes sofrimentos alheios e o que é pior por avisarem dos atendimentos sofrem cobranças e muitas vezes a revolta das pessoas por terem se deslocado por grandes distancias e não serem atendidas, e por tudo isso eles tem que ser vistos nessa situação de presenciar o sofrimento no trabalho e devem ser cuidados para que isso não potencialize os seus próprios sofrimentos pessoas.

Uma rede de saúde, especificamente a rede de saúde mental, além de oferecer serviços que se complementam e com características complexas no mesmo território tem como principal desafio na construção dessa rede à forma como os setores e os profissionais se relaciona.

O acolhimento é um dispositivo de saúde e de saúde mental nos casos mais complicados, que são os escolhidos para dar prioridade e para iniciar o trabalho, os profissionais de saúde mental podem iniciar o atendimento fazendo a primeira visita ao domicílio, desde que acompanhado de algum membro da equipe de saúde da família, mas imediatamente os dois grupos reunidos discutirão os casos e elaborarão um programa de

saúde mental para cada família atendida. Essas reuniões precisam ser sistemáticas. Nas primeiras intervenções realizadas no domicílio, em instituições de internação como hospitais psiquiátricos, Febem's, etc. pode-nos surpreender a adesão inicial de grupos inteiros, mas depois é preciso acompanhar passo a passo cada grupo familiar. (LANCETTI; AMARANTE, 2012)

A estratégia do apoio sustentar-se-á na discussão de casos, na capacitação e fortalecimento da autonomia dos profissionais e em práticas muitas vezes inusitadas, criadas a partir dos recursos disponíveis. Como bem aponta Barros e colaboradores (2007), a "... invenção de novas formas de produzir saúde passa obrigatoriamente pela modificação do processo de trabalho das equipes implicando a apropriação coletiva do desafio da construção de novas formas de responsabilização".

5.4 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO E AS LINHAS DE AÇÃO A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES DOS INTEGRANTES DA REDE

Para início do projeto alguns problemas foram identificados e podem ser mencionados: a) dificuldade da manutenção da medicação por parte dos usuários e familiares; b) falta de planejamento das ações de saúde mental de acordo com as dificuldades e necessidades da área; c) falta de conexão entre os dispositivos da rede; d) demanda excessiva, tanto para a ESF como para os profissionais da saúde mental; e) prevalência do modelo assistencial psiquiátrico para tratamento da maioria dos usuários, em detrimento de abordagens complementares e substitutivas; e f) despreparo dos profissionais da ESF para abordar os problemas de saúde mental; g) despreparo dos profissionais do CAPS sobre as ações de saúde mental da atenção básica; h) falta de corresponsabilidade nas ações de saúde mental na área.

Quadro 5 - Aproximação dos elementos de análise das rodas de conversa e os objetivos propostos de intervenção.

ELEMENTOS DE ANÁLISE	OBJETIVOS PROPOSTOS
Dificuldade da manutenção da medicação por parte dos usuários e familiares	Melhorar acesso dos usuários e familiares para a manutenção da medicação
	Construir parcerias entre a ESF e outros dispositivos de rede para buscar soluções para a manutenção da medicação, para os

	casos cuja a realidade sócio econômica o prejudica.
	Conhecer o significado da medicalização da doença para os familiares e usuários
Prevalência do modelo assistencial psiquiátrico para tratamento da maioria dos usuários, em detrimento de abordagens complementares e substitutivas.	Fortalecer as tecnologias leves como ações de intervenção da ESF em saúde mental
Falta de planejamento das ações de saúde mental de acordo com as dificuldades e necessidades da área	Melhorar o planejamento das ações de saúde mental conhecendo o território e as necessidades dos usuários e familiares
	Conhecer o perfil epidemiológico com registros das informações das condições das doenças mental.
Despreparo dos profissionais do CAPS sobre as ações de saúde mental na atenção básica e	Protocolar o repasse dos usuários estabilizados, para dar segurança no acompanhamento do tratamento pelo médico da ESF.
	Conhecer as ações dos integrantes da equipe de SF.
Despreparo dos profissionais da ESF para abordar os problemas de saúde mental	Fazer rodas de conversa para discussão de casos para integrar ações de intervenção multiprofissional.
Demanda excessiva, tanto para a ESF como para os profissionais da saúde mental;	Redefinir os casos que devem ser acompanhados pelas duas equipes e casos que são exclusivos da atenção básica
	.. Fazer parte da programação da ESF uma vez por mês o dia da saúde mental
	Compartilhar os casos mais complexos de

	forma eficiente e resolutiva
Falta de informação e apoio para o cuidado	Fortalecer o autocuidado apoiado
	Realizar intervenção na comunidade
Falta de conexão entre os dispositivos da rede.	Consolidar parcerias eficientes entre as equipes referencial e matricial
Falta de adesão ao tratamento por parte dos familiares	Orientar familiares sobre as condutas e importância da manutenção do tratamento
	Formar grupos informativos
Falta de atenção domiciliar	Agendar visita com equipe multiprofissional para os casos que não conseguem chegar até a UBS de acordo com as necessidades identificadas
Falta de corresponsabilidade entre as equipes referencial e matricial nas ações de saúde mental na área.	Construir parcerias para o acompanhamento dos casos na área.
	Pactuar responsabilidades entre os integrantes da equipe referencial e matricial
	Compartilhar com o profissional enfermeiro as ações pactuadas entre os médicos para que o mesmo auxilie nas decisões em consonância com o médico, já que este profissional muda muito, principalmente nas áreas de zona rural.

Fonte: Elaborado pela própria autora

5.5 DEFINIÇÃO DE ATIVIDADES E RESPONSÁVEIS PARA O ALCANCE DE CADA OBJETIVO

Quadro 6 - Objetivos propostos de intervenção, atividades a serem executadas, responsáveis pela execução e prazos.

Objetivo	Atividade	Responsável	Prazo
Melhorar acesso dos usuários e familiares	Fazer interconsulta entre os profissionais médicos	Médico psiquiatra Médico da ESF	Curto prazo

para a manutenção da medicação.	(psiquiatra e generalista)		
Construir parcerias entre a ESF e outros dispositivos de rede para buscar soluções para a manutenção da medicação, para os casos cuja a realidade sócio econômica o prejudica.	. Identificar os casos sócio econômicos que dificulta acesso a medicação; . Priorizar estes casos na compra e dispensação da medicação pela secretaria municipal de saúde . Encaminhar para assistência social para dar entrada no BPC;	ACS Técnico de referencia do CAPS Técnico de referencia do CAPS	Curto prazo Curto prazo Médio prazo
Conhecer o significado da medicalização da doença para os familiares e usuários	Fazer rodas de conversa e grupos de informação.	Equipe de referencia	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Fortalecer as tecnologias leves como ações de intervenção da ESF em saúde mental	Fazer educação permanente em saúde	Secretaria Municipal de Saúde	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Melhorar o planejamento das ações de saúde mental conhecendo o território e as necessidades dos usuários e familiares	Compartilhar o conhecimento do território, com a equipe matricial; Conhecer as necessidades e dificuldades dos usuários e familiares; Executar ações de	Equipe referencial Equipe referencial e matricial Equipe	Curto prazo Médio prazo Longo prazo

	atenção psicossocial na UBS e nas associações.	referencial e matricial	
Conhecer o perfil epidemiológico, com registros das informações das condições das doenças mental.	Fazer um diagnóstico do perfil da área para um melhor planejamento e implementar das ações de saúde mental,	Equipe referencial e matricial	Curto prazo
Protocolar o repasse dos usuários estabilizados, para dar segurança no acompanhamento do tratamento pelo médico da ESF.	Construir folha de acompanhamento de casos; Repassar para a equipe da ESF	Equipe matricial Equipe matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Conhecer as ações dos integrantes da equipe de SF.	Fazer educação permanente em saúde	Secretaria Municipal de Saúde	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Fazer rodas de conversa para discussão de casos para integrar ações de intervenção multiprofissional.	Agendar na programação da ESF o dia da saúde mental a qual a equipe se reunirá para discussão de casos	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Redefinir os casos que devem ser acompanhados pelas duas equipes e casos que são exclusivos da atenção básica	Definir na primeira reunião da equipe referencial e matricial	Equipe referencial e matricial	Curto prazo
Fazer parte da programação da ESF uma vez por mês o	Executar ações de saúde mental compartilhada entre a equipe	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo

dia da saúde mental	referencial e matricial		
.Compartilhar os casos mais complexos de forma eficiente e resolutiva	Pactuar ações complementares entre as duas equipes referencial e matricial nas rodas de discussão de caso.	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Fortalecer o autocuidado apoiado	Fazer projeto terapêutico singular.	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Realizar intervenção na comunidade	Pactuar ações complementares entre as duas equipes referencial e matricial nas rodas de discussão de caso.	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Consolidar parcerias eficientes entre as equipes referencial e matricial	Pactuar ações complementares entre as duas equipes referencial e matricial	Equipe referencial e matricial	Curto prazo
Orientar familiares sobre as condutas e importância da manutenção do tratamento	Executar ações de saúde mental compartilhada entre a equipe referencial e matricial	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Formar grupos informativos	Executar ações de saúde mental compartilhada entre a equipe referencial e matricial	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Agendar visita com equipe multiprofissional	Executar ações de saúde mental compartilhada entre a equipe	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo

para os casos que não conseguem chegar até a UBS de acordo com as necessidades identificadas	referencial e matricial		
Construir parcerias para o acompanhamento dos casos na área.	Executar ações de saúde mental compartilhada entre a equipe referencial e matricial	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Pactuar responsabilidades entre os integrantes da equipe referencial e matricial	Executar ações de saúde mental compartilhada entre a equipe referencial e matricial	Equipe referencial e matricial	Curto prazo Médio prazo Longo prazo
Compartilhar com o profissional enfermeiro as ações pactuadas entre os médicos para que o mesmo auxilie nas decisões em consonância com o médico, já que este profissional muda muito, principalmente nas áreas de zona rural	Compartilhar com a enfermeira da ESF as condutas terapêuticas dos casos que necessite esta intervenção e não tenha quebra da assistência com a troca de médico	Médico psiquiatra Médico da ESF Enfermeiro da ESF	Curto prazo

Fonte: Elaborado pela própria autora

Foram levantadas de acordo com as rodas de conversa onze elementos de análise as quais dificultam principalmente o tratamento dos usuários e a vida dos familiares

cuidadores e a resolução é relativamente factível tendo como foco de intervenção principal o processo de trabalho:

- a) Dificuldade da manutenção da medicação por parte dos usuários e familiares;
- b) Prevalência do modelo assistencial psiquiátrico para tratamento da maioria dos usuários, em detrimento de abordagens complementares e substitutivas;

A resolução dos elementos de análise 1 e 2 está no desenvolvimento de processos de comunicação entre generalistas (profissionais da atenção básica) e especialistas em saúde mental, objetivando o reconhecimento da dimensão subjetiva do sujeito cuidado e o compartilhamento de saberes do núcleo de conhecimento dos especialistas em saúde mental e profissionais generalistas da atenção básica além disso tem que se encontrar uma forma de inclusão do profissional enfermeiro para dar continuidade a essa assistência, eles podem desenvolver várias ações nessa perspectiva, já que tem mudanças constantes do profissional médico.

- c) Falta de planejamento das ações de saúde mental de acordo com as dificuldades e necessidades da área;
- d) Despreparo dos profissionais do CAPS sobre as ações de saúde mental na atenção básica;
- e) Despreparo dos profissionais da ESF para abordar os problemas de saúde mental

A resolução dos elementos de análise 3, 4 e 5 necessita de investimento na formação das equipes referencial e matricial para as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental e reconhecimento do potencial de compartilhar saberes entre as duas equipes e estas ações citadas possibilitam uma diversidade de estratégias que podem ser executadas, desde que todos participem do planejamento e cabe principalmente aos gestores a promoção dessa interlocução acompanhada por uma equipe de educação permanente em saúde e cabe aos profissionais de saúde utilizar estas ferramentas e buscar romper o velho modelo de atendimento ao usuário com doença mental e seus familiares.

A governabilidade dessa intervenção cabe especialmente aos profissionais de saúde e gestores e será a partir da reflexão contínua sobre os pressupostos da reforma psiquiátrica que norteará a organização dos serviços e as ações dos profissionais, sem eximir a necessária participação de usuários e familiares como sujeitos que direcionarão os cuidados.

- f) Demanda excessiva, tanto para a ESF como para os profissionais da saúde mental;

No início a demanda de saúde mental pode parecer grande, mas a medida que vão resolvendo os problemas as demandas vão diminuindo, isso só vai acontecer dando o primeiro

passo cuja a intervenção consiste na construção de um processo de trabalho compartilhado entre a equipe de apoio e as equipes da ESF que podem ter as seguintes etapas:

- g) a identificação dos problemas de saúde mental da população adscrita
- h) o tratamento dos problemas de saúde mental de menor complexidade, propondo soluções e seguindo os casos em conjunto com todos os integrantes da equipe e isso equivale a dizer que, em se tratando de questões complexas e de uma proposta de trabalho longitudinal segundo Campos e Domitti, (2007), não há soluções prontas e/ou passíveis de repetição pura e simplesmente. Muitas vezes o mesmo caso demanda condutas diversas, retornos, retomadas de discussão, ou outro procedimento ao longo do atendimento.
- i) Falta de informação e apoio para o cuidado

A discussão sistemática de casos nas reuniões de equipe é uma estratégia que oferece um novo olhar sobre o cuidado com os usuários e apoio aos seus familiares, a medida que vão construindo uma atenção básica de cuidado psicossocial, contrariamente ao modelo manicomial, valoriza um seu contexto de vida na comunidade, e ao mesmo tempo incorpora os saberes de todos os profissionais das equipes referencial e matricial. O cuidado apoiado pode ser despertado na comunidade pelas equipes de saúde com a formação de novos grupos, além daqueles constituídos tradicionalmente como o hipertensos e gestantes e sobretudo a inclusão dos familiares dos usuários nesse cuidado, além disso a dinâmica das reuniões baseava-se na discussão dos casos eleitos pela ESF, com a participação de agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiro e médico envolve todos nesse cuidado e a definição das ações para delega responsabilidades, compartilhando o cuidado.

- j) Falta de conexão entre os dispositivos da rede.

Para começar esta intervenção é necessário formação de trabalho com as equipes matricial e referencial e a medida que vão surgindo os problemas para dar soluções as demandas vão surgindo outros dispositivos que podem apoiar a ação contanto que a equipe que aciona estas e acompanha deve ser a ESF já que está mais perto e acompanha as intervenções mas para isso esta regulamentado tem que ter sensibilização dos integrantes da equipe referencial e uma proposta de trabalho municipal regulamentada no plano plurianual com capacitação técnica e acompanhamento.

- k) Falta de adesão ao tratamento por parte dos familiares
- l) Falta de atenção domiciliar

- m) Falta de corresponsabilidade entre as equipes referencial e matricial nas ações de saúde mental na área.

As ações de superação dos itens 9, 10 e 11 são aos poucos resolvidos e tem várias formas de intervenção na construção dessa corresponsabilidade, começando pela interconsulta, orientação para a formação de grupos para discussão de casos, educação continuada das ações na ESF sobre psicofarmacos, visitas domiciliares e condução de grupos na comunidade. Para incentivar o autocuidado apoiado e diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração. Compreender que “Autonomia poderia ser traduzida, segundo essa concepção, em um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos”. (ONOCO; CAMPOS, 2012)

É necessário a utilizar ferramentas de domínio da ESF como o ecomapa e o genograma para construir registros do grupo familiar e da situação de saúde e registrar no prontuário de família e essas ações de saúde mental conjunta e como ferramenta de continuação e adoção do caso pela ESF adotar a folha de orientação para o manejo terapêutico compartilhado de acompanhamento de saúde mental (APENDICE V) que descreve a situação problema, a primeira intervenção, a proposta terapêutica e o acompanhamento passo a passo, além de registrar internações e medicações psiquiátricas utilizadas. Esse registro será fundamental para a discussão dos casos e o seu monitoramento e troca de saberes e compartilhar intervenção entre as equipes referencial e matricial.

5.6 DEFINIÇÃO DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE ALCANCE DOS OBJETIVOS E CUMPRIMENTO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS.

- a) Número de construção, implantação e execução do PTS no prontuário familiar da atenção básica;
- b) Número de pessoas atendidas com objetivo de prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos pela equipe referencial e apoio da equipe matricial;
- c) Número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos e anticonvulsivantes atendidos pela rede básica diminuindo a demanda do psiquiatra;
- d) Número de pessoas atendidas com objetivo de acompanhamento dos casos de tentativas de suicídio pela equipe referencial e apoio da equipe matricial;

- e) Numero de profissionais envolvidos no acompanhamento e procedimento de saúde mental da equipe referencial e a equipe matricial;

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As falas dos usuários e familiares nas rodas foram limitadas com relação as proposições de respostas alternativas para abordagem dos problemas de saúde mental. Ambas as representações foram enfáticas ao argumentar a dificuldade de manutenção do modelo biomédico tradicional, onde o médico representa a figura central e detentor das respostas aos seus anseios que é necessidades da medicação, já que faz parte da única tecnologia de promoção de saúde mental conhecida por eles.

A representação do grupo de familiares e usuários sobre ter assistência da equipe da ESF, mostrou consenso sobre necessidade de ter o atendimento do medico da ESF na manutenção da medicação.

Apesar de referirem o modelo biomédico como essencial ao tratamento ainda representaram dificuldades que eles tem necessidades no seu dia-a-dia tais como ajudar para superar dificuldades de aceitação da comunidade, desejo de conhecer sobre a doença mental, melhorar a qualidade no acompanhamento, mais responsabilidade dos profissionais para que os mesmos não faltem quando marcar o atendimento e melhorar a assistência na hora das crises

Não se pretende abandonar os modelos construídos a partir da racionalidade científica, mas criar estratégias entre a ação e a intuição, com o propósito de articular e utilizar o conhecimento científico na operacionalização de práticas de saúde que possam dar conta da singularidade e da subjetividade do adoecer concreto. (CAMPOS *et al*; 2008)

Uma consideração importante para o controle acompanhamento da saúde mental pela ESF e responsabilidade é que condiz com as diretrizes do SUS da Atenção Básica e tratar um maior número de agravos, isso facilita o acesso aos serviços especializados daqueles que de fato dele necessitam. O atendimento resolutivo dos casos por meio da assistência aos portadores de problemas de menor complexidade ou com quadros estabilizados pode ficar na responsabilidade da Atenção Básica, desde que devidamente apoiada técnica e institucionalmente.

Os ACS por estarem em contato direto com as famílias facilitam a vigilância e a promoção de saúde e conhecem o sujeito na sua vulnerabilidade do território e mesmo que falam que as visitas são rápidas devido a grande demanda tem como facilitador desse serviço a longevidade já que é ano após ano de acompanhamento, só precisa resignificar o sentido dessas visitas, na ótica do acompanhamento longitudinal e aproximando e reaproximando o sujeito do seu cuidado sistemático.

Proporcionar espaços de discussão e de educação em serviço para preparar os profissionais para lidar com situações adversas e dar o suporte adequado para aliviar o sofrimento de seus usuários e familiares e assim favorecendo a hierarquização e integração das ações, uma vez que os serviços secundários podem se ocupar dos casos que de fato necessitem cuidados desse nível de complexidade. Proporcionar espaços de discussão do próprio trabalhador e também problematizar as suas ações em seu contexto de trabalho

Criar um ponto de interseção entre o saber científico e o saber popular para uma construção dialética de importantes estratégias de saúde mental no território, transformando-os em atores protagonistas da orientação e reorientação dos saberes e práticas no contexto social e comunitário. Como demonstras alguns dão até os pontos a serem trabalhados em alguns casos que possibilitam a construção dos objetivos de intervenção.

Os achados mostraram que as ações executadas pelo matriciamento da saúde mental na UBS Elmira Irene machado está focada no modelo biomédico, ou seja, consultas com o psiquiatra para a manutenção das receitas e dispensação de alguns medicamentos, e o serviço da equipe de saúde da família se resume a encaminhamentos e a comunicação desses atendimentos na visita domiciliar pelo ACS.

Por mais que os usuários façam tratamento no serviço secundário de referência para saúde mental, é na comunidade que eles passam a maior parte do tempo, por isso a ESF tem várias potencialidades no acompanhamento desses usuários e familiares ao utilizar tecnologias leves como ações de escuta, orientação e e formação de vínculo, já que mantem uma relação de longevidade na assistência junto as famílias de sua área adscrita.

Dessa forma quando os profissionais de saúde se identificam como autor do planejamento fica mais fácil às ações planejadas se realizarem.

Acredito no potencial da ESF para o desenvolvimento das práticas de saúde mental, independente se o acompanhamento desses transtornos sejam leves, moderados ou grave, já que a promoção de saúde, inclusive a promoção de saúde mental é o foco do planejamento das ações com prioridade para a atenção no contexto familiar no planejamento das intervenções, possibilitando a (re)inserção social do usuário junto as suas famílias e comunidade,

Como profissional da Atenção Básica e do Centro de Atenção Psicossocial, e familiar de usuário de saúde mental, reafirmo a minha posição ideológica de que a saúde mental no território, em especial na ESF, é uma estratégia essencial para o alcance de uma assistência humanizada como preconiza da reforma psiquiátrica.

Mas nós sabemos muito bem que tudo o que é planejado, muda quando vai à prática. Assim, é essencial ter uma postura flexível: quando a gente sabe o que é realmente importante trabalhar, pode ter jogo de cintura para fazer modificações no planejamento, de acordo com o próprio movimento do grupo, sem perder o “foco” da ação. Pode substituir uma atividade por outra, deixar de fazer ou inovar.

Em que as competências profissionais de colaboração são necessárias para atender às necessidades do cliente, necessidades estas complexas dentro de um quadro de cuidados, mas com grande relevância na atenção primários de saúde e que cada um tem um papel importante na gestão desses cuidados e não apenas o atendimento especializado de saúde mental.

Quando se falam de saúde mental na atenção básica as primeiras perguntas que devem ser respondidas são: qual a realidade desses usuários e familiares, que lugar é esse que estes profissionais estão trabalhando e qual o papel desses profissionais que estão lá e temos que perceber que atividades são essas e qual a função de cada um nesse processo por mais simples integrante da equipe como o técnico de enfermagem que também pode desenvolver atividades de saúde mental.

A lógica do funcionamento do matriciamento da saúde mental é a mesma do atendimento da gestante de alto risco, do hipertenso e do diabético crônico. A gestante é encaminhada, mas não deixa de morar no território e nem de fazer o acompanhamento pela equipe de saúde da família que acompanha e monitora suas consultas fora do território o seu estado de saúde do mesmo jeito é o hipertenso crônico que necessita de um acompanhamento do um cardiologista, ou seja, de um especialista passa a usar as vezes dez comprimidos diferente e não deixa de ser da ESF, assim é o diabético crônico que não controla com a insulina os níveis glicêmicos e nem assim deixa de ser da ESF.

As atividades da ESF têm atividades muito protocolares. Agente vai protocolando as nossas práticas e tendo práticas protocolares, os protocolos clínicos regulam o funcionamento, para de alguma forma orientar as condutas a ser seguidas, mas de alguma forma regula quem vai ser atendido ou não. O médico muitas vezes atende um hipertenso que toma dez medicamentos de classes diferentes e não quer atender um esquizofrênico que controla seu surto psicótico com cinco miligramas de haldol.

O grande problema é repensar este espaço da atenção básica inclusive se dando conta do que agente faz no âmbito da saúde mental, o enfermeiro, por exemplo, quando ele trabalha com o estabelecimento da amamentação e com a depressão leve pós-parto, está fazendo a promoção e a intervenção em saúde mental, se o agente de saúde promove o

vínculo entre mãe e filho, mesmo que esta mãe seja usuária de drogas, ele está trabalhando saúde mental. Quando eu tenho um diabético que sofre, hoje se sabe que a diabetes pode apresentar co-morbidades e vir junto com a depressão, a tireoide e outras doenças podem trazer junto o com o seu adoecimento o sofrimento mental. Quantas vezes profissionais da ESF já atenderam pessoas que choram na consulta. Consolando a família sobre a perda de ente querido então tudo isso é promover saúde mental, quando eu tenho um esquizofrênico que constroem sua vida dentro do quarto e o agente de saúde ou outro profissional da ESF faz uma visita, ele está trabalhando saúde mental, de uma forma bem abrangente a ESF é um local de altíssima complexidade no seu contexto social. As condutas assumidas pelos profissionais no contexto das ações de acompanhamento da doença mental do usuário que tem a sua vida crônica, ele faz intervenção ou não é o seu repensar sobre o processo de trabalho é que faz a diferença.

O papel do matriciamento seja feito pelo NASF ou CAPS, não é ir lá e fazer sozinho porque não dar conta ou nem só fazer o tratamento medicamentoso e nem muito menos ir lá e dizer como é que tem que ser feito é sobre tudo discutir a realidade da área, no primeiro momento fica difícil devido a grande demanda, mas aos poucos o número de casos nos debates vão diminuindo, porque as pessoas vão tomando propriedade sobre os casos.

Estamos sempre com pressa, andamos sempre correndo, mas na atenção básica a longitudinalidade dar a oportunidade de um atendimento contínuo, nessa semana dedicar quinze minutos, na outra mais quinze e aí vai.

O trabalhar com a saúde mental de primeira cara dar medo, porque vem na cabeça dos trabalhadores de saúde a visão do louco furioso, mas o louco furioso é a exceção, não é a regra.

O hipertenso crônico é do cardiologista e não é do médico da saúde da família ou é de ambos, o médico da ESF identifica, faz o primeiro acompanhamento, encaminha para o cardiologista e continua fazendo acompanhamento quando este melhora, por que o louco não. Ele é e sempre vai ser do psiquiatra?

Espero que os achados relatados nesta pesquisa provoquem reflexões nas equipes da ESF sobre as práticas de saúde mental da ESF no território, ampliando as possibilidades de consolidação da Reforma Psiquiátrica com ações eficientes de manutenção da ética profissional e corresponsabilidade das ações de saúde mental com contexto da atenção básica. Desejo ainda que os anseios dos usuários e familiares sejam identificados, para que o serviço seja planejado centrado nas necessidades do usuário de saúde mental, envolvendo este sujeito no planejamento desse processo para atender as suas demandas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

_____. **P. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distância**. Amarante p. organizador. Rio de Janeiro: Fiotec\ Fiocruz, 2003.

BELMONTE, P. R.; REIS, V. L. M. PEREIRA, R.C.; M. F. M. JORGE, M. A. S., COSTA, A. L. **Temas de saúde mental: textos básico do curso básico de acompanhamento domicilia**. Rio de Janeiro: fiocruz, 1998.

BRASIL, **Ministério da saúde, Conselho nacional de Saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde**. I Conferencia Nacional de Saúde Mental, 1987: Relatório final da 3ª Conferencia Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2002.

_____, **Ministério da saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde**. Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2ª Conferencia Nacional de Saúde Mental. Brasília; 1994.

_____, **Ministério da saúde, Secretaria nacional de Programas Especiais em Saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde**. I Conferencia Nacional de Saúde Mental, 1987: Relatório final. Conferencia Nacional de Saúde. Brasília; 1988.

_____. **Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para organização da atenção aos portadores de transtornos mentais nos estados e municípios**, de acordo com as diretrizes NOAS-SUS 01/2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 224 de 29/01/92. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Portaria 189/91; e, no Estado de Minas Gerais, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Resolução 435/92 e anexo.

_____. Ministério da Saúde. Reorganização do sistema de saúde mental: uma experiência do Qualis2. **Revista Promoção da Saúde**. Ano 2, n.3, p. 446, ag. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário- inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília, 2003

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Departamento de Ações programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Memória da Loucura**. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Documentos e Informação, Centro Cultural de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo, Hucitec, 2012. 968 p. CONASS; 2011.

FREITAS, J.; CALBINO, D.; SANTOS, A.; PEREIRA, R.D. Em defesa do uso da Pesquisa-Ação na Pesquisa em Administração no Brasil. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v.11, n.3, p.425-445, jul/ago/set, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011. XX
GOLDBERG J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1994.

IBGE – perfil de União. Disponível em:< www.ibge.gov.br> Acesso em 30 abr. 2013.
JÖNSSON, S.; LUKKA, K. There and Back again: Doing interventionist search in Management Accounting. 373-397. CHAPMAN, C.S.; HOPWOOD, A.G.; SHIELDS, M.D. Handbook of Management Accounting Research. Vol. 1. 2007

KANTASKI, L, P.; SILVA, G. V. **Ensino de enfermagem e reforma a psiquiátrica**. Pelotas: UFPel; 2001.

LANCETTI, A. **Saúde Mental e Saúde da Família. Saúde Loucura**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. 07 v.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.:

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa Qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____, M. C. G. (Org.) et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2009 . 80 p.

_____, M. C. G. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.XXX ed. Revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2010. 406 p.

OPAS. **Reestruturação da Assistência Psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ABRASCO, 1992.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Relatório mundial de Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS; 2002.

ROTELLI, F., Leonardis, O., Mauri, D., Risio, C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990.

SAMPAIO, J.J.C.; Barroso, C.M.C. **Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará.** In: Lancetti, A. Saúde Loucura vol .7. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

SUOMALA, P. LYLÄ-VRJÄNÄINEN, J.. Perspectives of interventionist management accounting research – ex-post analysis of an empirical case study. Anais: 6th Conference on New Directions in Management Accounting: Innovations in Practice and Research. Brussels, Belgium. December 15-17, 2008.

THIOLLENT, M. Perspectivas da metodologia de pesquisa participativa e de pesquisa-ação na elaboração de projetos sociais e solidários. In: LIANZA, S.; ADDOR, F . **Tecnologia e desenvolvimento social e solidário.** Porto Alegre, Editora UFGRS, 2005.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

APENDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO_ (APENDICE I)

A Pesquisa MAOS QUE TECEM A REDE: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado em saúde mental na Atenção Primária no Município de União-PI. Tem como objetivo elaborar uma proposta de reorientação de saberes e práticas em saúde mental na Atenção Primária no município de União-PI. Será implantada na UBS Elmira Irene Machado. Tem como pesquisadora Francilva Marta Machado Rocha, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de fomentar a produção acadêmica na construção da linha de cuidado ao usuário de saúde mental e seus familiares na atenção primária à saúde; de promover reflexão crítica a respeito das práticas dos profissionais de saúde, visando fornecer subsídios para sua adequação às políticas públicas vigentes sobre o tema; de buscar a efetivação do cuidado integral, através da articulação intersetorial e transsetorial. Para realização do estudo será utilizado rodas de conversa com usuários de saúde mental e seus familiares para identificar as necessidades relacionadas ao serviço prestado referidos por eles, e será utilizado rodas de conversa com profissionais da ESF da UBS Elmira Irene Machado. para discutir as necessidades identificadas por usuários e familiares sobre a assistência de saúde mental e levantar dificuldades e possibilidades de um serviço com responsabilidades compartilhadas entre equipe referencial e matricial, toda esta situação levantada, a observação simples do campo empírico, para elaboração do projeto de intervenção. CONVIDAMOS você na condição de **representante do grupo usuários de saúde mental** residente na área adscrita à UBS Elmira Irene Machado., a participar deste projeto, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua participação será áudio-gravada com

auxílio de um gravador, a roda de conversa será marcada com antecedência, em local e horário determinado e comunicado a você pelo ACS da sua microárea. As observações serão registradas em diário de campo. As fitas serão transcritas na íntegra. Caso ache necessário poderá ouvir o conteúdo da fita após a gravação e retirar e/ou acrescentar informações. As gravações serão arquivadas pela pesquisadora no período de um ano, após este período serão apagadas. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem debatidas, enquanto os benefícios serão aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado. A pesquisadora estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (86) 99983565. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Francilva Marta Machado Rocha

Pesquisadora

Data: ____/____/2014.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,

concordo em participar como **representante do grupo usuários de saúde mental**

da pesquisa MAOS QUE TECEM A REDE: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado em saúde mental na Atenção Primária no Município de União-PI. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Francilva Marta Machado Rocha sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

União-PI, ____/_____/2014.

Participante

Francilva Marta Machado Rocha
Pesquisadora



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO_ (APENDICE II)

A Pesquisa MAOS QUE TECEM A REDE: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado em saúde mental na Atenção Primária no Município de União-PI. Tem como objetivo elaborar uma proposta de reorientação de saberes e práticas em saúde mental na Atenção Primária no município de União-PI. Será implantada na UBS Elmira Irene Machado.. Tem como pesquisadora Francilva Marta Machado Rocha, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de fomentar a produção acadêmica na construção da linha de cuidado ao usuário de saúde mental e seus familiares na atenção primária à saúde; de promover reflexão crítica a respeito das práticas dos profissionais de saúde, visando fornecer subsídios para sua adequação às políticas públicas vigentes sobre o tema; de buscar a efetivação do cuidado integral, através da articulação intersetorial e transectorial. Para realização do estudo será utilizado rodas de conversa com usuários de saúde mental e seus familiares para identificar as necessidades relacionadas ao serviço prestado referidos por eles, e será utilizado rodas de conversa com profissionais da ESF da UBS Elmira Irene Machado. para discutir as necessidades identificadas por usuários e familiares sobre a assistência de saúde mental e levantar dificuldades e possibilidades de um serviço com responsabilidades compartilhadas entre equipe referencial e matricial e levar para oficinas de planejamento com profissionais especialistas em saúde mental do CAPS e NASF, toda esta situação levantada, a observação simples do campo empírico, para elaboração do projeto de intervenção. CONVIDAMOS você na condição de **representante do grupo familiar** residente na área adscrita à UBS de Mussum a participar deste projeto, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará

nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua participação será áudio-gravada com auxílio de um gravador, a roda de conversa será marcada com antecedência, em local e horário determinado e comunicado a você pelo ACS da sua microárea. As observações serão registradas em diário de campo. As fitas serão transcritas na íntegra. Caso ache necessário poderá ouvir o conteúdo da fita após a gravação e retirar e/ou acrescentar informações. As gravações serão arquivadas pela pesquisadora no período de um ano, após este período serão apagadas. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem debatidas, enquanto os benefícios serão aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado. A pesquisadora estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (86) 99983565. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Francilva Marta Machado Rocha

Pesquisadora

Data: ____/____/2014.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,

concordo em participar como **representante do grupo familiar** da pesquisa MAOS

QUE TECEM A REDE: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado em saúde mental na Atenção Primária no Município de União-PI. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Francilva Marta Machado Rocha sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

União-PI, ____/_____/2014.

Participante

Francilva Marta Machado Rocha
Pesquisadora



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO_ (APENDICE III)

A Pesquisa MAOS QUE TECEM A REDE: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado em saúde mental na Atenção Primária no Município de União-PI. Tem como objetivo elaborar uma proposta de reorientação de saberes e práticas em saúde mental na Atenção Primária no município de União-PI. Será implantada na UBS Elmira Irene Machado.. Tem como pesquisadora Francilva Marta Machado Rocha, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de fomentar a produção acadêmica na construção da linha de cuidado ao usuário de saúde mental e seus familiares na atenção primária à saúde; de promover reflexão crítica a respeito das práticas dos profissionais de saúde, visando fornecer subsídios para sua adequação às políticas públicas vigentes sobre o tema; de buscar a efetivação do cuidado integral, através da articulação intersetorial e transectorial. Para realização do estudo será utilizado rodas de conversa com usuários de saúde mental e seus familiares para identificar as necessidades relacionadas ao serviço prestado referido por eles, e será utilizado rodas de conversa com profissionais da ESF da UBS Elmira Irene Machado. para discutir as necessidades identificadas por usuários e familiares sobre a assistência de saúde mental e levantar dificuldades e possibilidades de um serviço com responsabilidades compartilhadas entre equipe referencial e matricial e com profissionais especialistas em saúde mental do CAPS, toda esta situação levantada, a observação simples do campo empírico, para elaboração do projeto de intervenção. CONVIDAMOS você na condição de **integrante da Equipe de Estratégia de Saúde da Família**, a participar deste projeto, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua participação será áudio-gravada com auxílio de um gravador, a roda de conversa será marcada com antecedência, em local e

horário determinado e comunicada a você. As observações serão registradas em diário de campo. As fitas serão transcritas na íntegra. Caso ache necessário poderá ouvir o conteúdo da fita após a gravação e retirar e/ou acrescentar informações. As gravações serão arquivadas pela pesquisadora no período de um ano, após este período serão apagadas. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem debatidas, enquanto os benefícios serão aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado. A pesquisadora estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (86) 99983565. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Francilva Marta Machado Rocha

Pesquisadora

Data: ____/____/2014.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,

concordo em participar como **integrante da Equipe da Estratégia de Saúde da Família** da pesquisa MAOS QUE TECEM A REDE: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado em saúde mental na Atenção Primária no Município de União-PI. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Francilva Marta Machado Rocha sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

União-PI, ____/_____/2014.

Participante

Francilva Marta Machado Rocha
Pesquisadora



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO_ (APENDICE IV)

A Pesquisa MAOS QUE TECEM A REDE: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado em saúde mental na Atenção Primária no Município de União-PI. Tem como objetivo elaborar uma proposta de reorientação de saberes e práticas em saúde mental na Atenção Primária no município de União-PI. Será implantada na UBS Elmira Irene Machado.. Tem como pesquisadora Francilva Marta Machado Rocha, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de fomentar a produção acadêmica na construção da linha de cuidado ao usuário de saúde mental e seus familiares na atenção primária à saúde; de promover reflexão crítica a respeito das práticas dos profissionais de saúde, visando fornecer subsídios para sua adequação às políticas públicas vigentes sobre o tema; de buscar a efetivação do cuidado integral, através da articulação intersetorial e transectorial. Para realização do estudo será utilizado rodas de conversa com usuários de saúde mental e seus familiares para identificar as necessidades relacionadas ao serviço prestado referidos por eles, e será utilizado rodas de conversa com profissionais da ESF da UBS Elmira Irene Machado. para discutir as necessidades identificadas por usuários e familiares sobre a assistência de saúde mental e levantar dificuldades e possibilidades de um serviço com responsabilidades compartilhadas entre equipe referencial e matricial e levar para oficinas de planejamento com profissionais especialistas em saúde mental do CAPS e NASF, toda esta situação levantada, a observação simples do campo empírico, para elaboração do projeto de intervenção. CONVIDAMOS você na condição de **integrante da Equipe de Especialistas em Saúde Mental (CAPS)**, a participar deste projeto, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua participação será áudio-gravada com auxílio de um gravador, a

roda de conversa será marcada com antecedência, em local e horário determinado e comunicada a você. As observações serão registradas em diário de campo. As fitas serão transcritas na íntegra. Caso ache necessário poderá ouvir o conteúdo da fita após a gravação e retirar e/ou acrescentar informações. As gravações serão arquivadas pela pesquisadora no período de um ano, após este período serão apagadas. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem debatidas, enquanto os benefícios serão aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado. A pesquisadora estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (86) 99983565. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Francilva Marta Machado Rocha

Pesquisadora

Data: ____/____/2014.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,

concordo em participar como **integrante da Equipe de Especialistas em Saúde Mental (CAPS)** da pesquisa MAOS QUE TECEM A REDE: uma proposta de

reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado em saúde mental na Atenção Primária no Município de União-PI. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Francilva Marta Machado Rocha sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

União-PI, ____/_____/2014.

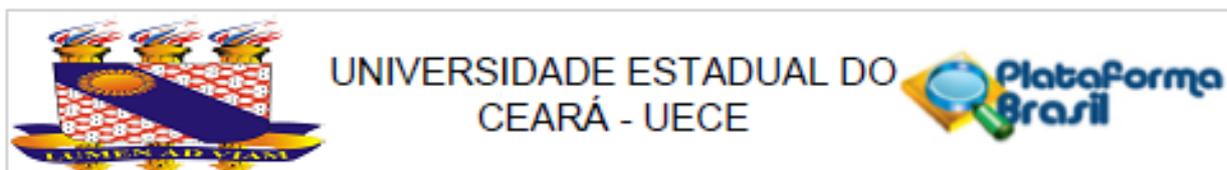
Participante

Francilva Marta Machado Rocha
Pesquisadora

APENDICE V

ORIENTAÇÃO PARA MANEJO TERAPEUTICO COMPARTILHADO SAÚDE MENTAL – ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Data do encaminhamento:		PARA:
NECESSITA DE:		EGRESSO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA:
UBS/UBSF:		PRONTUÁRIO:
EQUIPE MATRICIAL		EQUIPE REFERENCIAL
Médico Psiquiatra:		Medico da ESF:
Téc. de Referencia:		Enfermeiro da ESF:
1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		2. SINAIS DE ALERTA
Nome:		() Risco de auto extermínio
Data de Nascimento:		() Abuso de álcool e drogas
Familiar responsável:		() Risco de maus tratos por terceiros
Profissão:		() Risco de abandono escolar
Habilidades:		() Risco de Abandono ao tratamento.
Endereço:		() Risco de manutenção da medicação.
3. COMORBIDADE		4. MEDICAÇÃO CLÍNICA EM USO
() HAS		
() Diabetes		
() Etilismo		
() Tabagismo		
() Problemas neuroológicos		5. PRESCRIÇÃO PSIQUIÁTRICA
() Outras patologias:		
6. CONDIÇÃO SOCIO ECONOMICA		
() Alta vulnerabilidade		
() Baixa vulnerabilidade		
() Aposentado/pensionista		
() LOAS		
8. HD		CID 10:
9. ORIENTAÇÕES GERAIS DO MANEJO PSIQUIÁTRICO / CLÍNICO / MEDICAMENTOSO		
9.1 MEDICAÇÃO DE USO	9.2 NECESSIDADE DE ACOMPANHAM ENTO MÉDICO	7.3 NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO DE OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE
() Contínuo	() Quinzenal	() ACS
() Retirada gradual após 3 meses	() mensal	() Enfermeiro
() Retirada gradual após 6 meses	() Bimestral	() Serviço Social
() Retirada gradual após 1 ano	() Trimestral	() Outros:
10. SUMÁRIO DA HISTÓRIA CLÍNICA:		

11. GENOGRAMA
12. ECOMAPA
13. IDICAÇÃO DE INTERVENÇÕES ÚTEIS <input type="checkbox"/> Visita domiciliar <input type="checkbox"/> APAE <input type="checkbox"/> Grupo de apoio familiar <input type="checkbox"/> Orientação pedagógica <input type="checkbox"/> AA ou NA <input type="checkbox"/> atividade artística/esportiva/cultural <input type="checkbox"/> Centro de convivência <input type="checkbox"/> PETI <input type="checkbox"/> Grupos comunitários <input type="checkbox"/> Outros:
14. PTS
15. RAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mãos que tecem a rede: uma proposta de reorientação de saberes e práticas da linha de cuidado e saúde mental na Atenção primária no Município de União-PI.

Pesquisador: FRANCILVA MARTA MACHADO ROCHA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21456514.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 090.458

Data da Relatoria: 21/03/2014

Apresentação do Projeto:

Este pesquisa se caracteriza como Projeto-intervenção, porque tem como base a ideia de uma relação dialética entre pesquisa e ação. O projeto de intervenção terá a duração de quatro meses. Será feito diagnóstico de área dessa equipe com a ajuda dos ACS.

O estudo se divide em três momentos. Momento I, levantamento das

necessidades assistenciais de saúde mental percebida por eles será utilizado a técnica da roda de conversa e as perguntas disparadoras da roda serão: Quais são as necessidades que vocês identificam de assistência no acompanhamento de saúde mental? Em que a ESF pode auxiliar nesse acompanhamento da doença mental?

Momento II, será utilizada a técnica da roda de conversa para coletar informações sobre as necessidades, problemas e perspectivas dos profissionais da ESF no acompanhamento dos usuários ao lidar com a doença e suporte familiar, as perguntas disparadoras da roda de conversa serão: Quais ações podem ser feitas na comunidade pela ESF para o acompanhamento de usuários com transtorno mental? Quais ações poderão ser feitas pela ESF para ajudar os familiares a superar e continuar nas situações de crises?

Momento III, será realizada uma oficina com trabalhadores especialistas em saúde mental com objetivo de partir do material consolidado nas várias rodas de conversa com familiares, usuários e profissionais da ESF de David Caldas, definir a estratégia

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br