



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DENILSON GOMES SILVA

**CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

TERESINA

2016

DENILSON GOMES SILVA

**CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário – UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. José Nazareno Pearce de
Oliveira Brito

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo
vital

TERESINA

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

S586c Silva, Denilson Gomes.

Concepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde mental na atenção básica / Denilson Gomes Silva. – Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. José Nazareno Pearce de Oliveira Brito: UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

72. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação Stricto Sensu em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1. Profissionais. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Saúde Mental.
I. Título. II. Brito, José Nazareno Pearce de Oliveira.

CDD 610.73

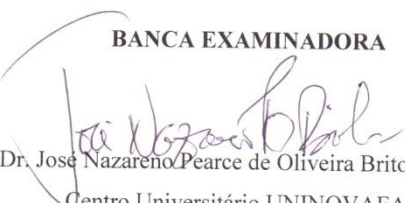
DENILSON GOMES SILVA

**CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário – UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Data de Aprovação: 28/03/2016

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Nazareno Pearce de Oliveira Brito – (Presidente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Prof.ª Dra. Márcia Astrês Fernandes – (1ª Examinadora)
Universidade Federal do Piauí - UFPI



Prof.ª Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida – (2ª Examinadora)
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Prof.ª Dra. Eliana Campêlo Lago – (Suplente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que colaboraram para a realização desta pesquisa, em especial:

Aos professores do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário – UNINOVAFAPI;

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família (CSF) Maria Eglantine Ponte Guimarães em Sobral - Ceará;

Aos meus pais pela educação, respeito e apoio incondicional.

Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz.

(...)

Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu
Se eles têm três carros, eu posso voar
Se eles rezam muito, eu já estou no céu
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz.

(...)

Música: Balada do Louco

Compositores: Arnaldo Baptista e Rita Lee.

RESUMO

No Brasil, a saúde da família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a atenção básica, possui como desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde. Essa estratégia reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde e propõe resolver, na atenção primária, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes. Para que essa resolutividade aconteça é necessária à existência do vínculo e do diálogo entre atenção básica e saúde mental, configurando uma articulação com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Diante dessa perspectiva, o apoio matricial visa implantar mecanismos de cuidado territoriais e integrais, ancorados em novos saberes e valores culturais. A pesquisa teve como objetivos: analisar a concepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde mental com base na Política Nacional de Saúde Mental e elaborar uma cartilha de atenção à saúde mental que contemple as peculiaridades e complexidades da pessoa com transtorno mental. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa, que foi desenvolvida no Centro de Saúde da Família Maria Eglantine Ponte Guimarães em Sobral - Ceará, com a participação de 20 profissionais da Estratégia Saúde da Família (05 enfermeiras; 02 médicas; 02 odontólogos; 08 agentes comunitários de saúde e 03 técnicas de enfermagem), com idade entre 30 a 50 anos e atuação profissional há mais de 02 anos no referido local da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado e, após o consentimento dos participantes, foram gravados em áudio e transcritos na íntegra, conforme as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Em seguida, os resultados foram explorados e investigados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin e agrupados em três categorias: o tipo de demanda em saúde mental vivenciada no Centro de Saúde da Família; as ações em saúde mental desenvolvidas e a importância do apoio matricial para os profissionais de saúde. Verificou-se que a demanda relativa à saúde mental mais frequente na realidade dessa unidade de saúde é a de pacientes que procuram o atendimento para renovar a receita e continuar o tratamento. Outras demandas também foram mencionadas, como o uso de álcool e outras drogas e situações constatadas como sendo de transtorno mental na área de cobertura da equipe. É possível identificar que a concepção de ações em saúde mental está compartimentalizada, com intervenções fragmentadas por especialidades e fortalecendo a lógica dos encaminhamentos. Isso acontece porque, tradicionalmente, o modelo hierarquizado de atendimento em saúde produziu uma desagregação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços, instituindo formas de se conceber e de se intervir, acarretando uma desresponsabilização em detrimento da corresponsabilização entre profissionais e serviços de saúde. É justamente essa tendência que a dinâmica do apoio matricial visa superar. Portanto, constatou-se que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica pode ampliar o campo da atenção psicossocial, assim como o desenvolvimento de tecnologias de cuidado guiadas pela noção de responsabilização, vínculo, comprometimento e integralidade com a vida dos usuários, família e comunidade.

Palavras-chave: Profissionais. Estratégia Saúde da Família. Saúde Mental.

ABSTRACT

In Brazil, the family health strategy prioritized by the Ministry of Health to organize primary care, has the challenge of promoting the reorientation of health practices and actions. This strategy reaffirms the basic principles of the Unified Health System and proposes to solve, in primary care, about 80% of the most prevalent health problems. For this to happen it is necessary to solving the existence of the relationship and dialogue between primary care and mental health, setting up a connection with the proposal of the Psychiatric Reform. Given this perspective, the matrix support aims to implement mechanisms of territorial and integral care, grounded in new knowledge and cultural values. The survey aimed to: analyze the design professionals of the Family Health Strategy on mental health based on the National Mental Health Policy and draw up a booklet of mental health care that addresses the peculiarities and complexities of the person with mental disorder. It is a field of research, descriptive, exploratory and qualitative approach, which was developed in the Family Health Center Maria Eglantine Guimarães Bridge in Sobral - Ceará, with the participation of 20 professionals of the Family Health Strategy (05 nurses; 02 medical, 02 dentists, 08 community health agents and 03 nursing techniques), aged 30-50 years and professional practice for more than 02 years in that place of research. Data were collected through an interview with semi-structured and, after the consent of the participants were recorded in audio and transcribed in full, according to the recommendations of Resolution 466/2012 of the National Health Council. Then the results were exploited and investigated from the content analysis proposed by Bardin and grouped into three categories: the type of demand for mental health experienced in the Family health Center; the actions developed in mental health and the importance of matrix support for health professionals. It was found that the relative demand for more frequent mental health in the reality of this health facility is to patients seeking care for renewing the recipe and continue treatment. Other demands were also mentioned, such as the use of alcohol and other drugs and situations identified as a mental illness in the team's coverage area. It can identify that the conception of actions in mental health is compartmentalized, with fragmented interventions by specialty and strengthening the logic of referrals. This is because traditionally the health care hierarchical model produced a breakdown and bureaucratization in the forms of relationships between services, establishing ways to conceive and to intervene, causing a disclaimer at the expense of co-responsibility between professionals and health services. It is precisely this tendency that the dynamics of matrix support aims to overcome. Therefore, it was found that the inclusion of mental health services in primary care can enlarge the field of psychosocial care, as well as the development of care technologies guided by accountability notion, bond, commitment and integrity to users' lives, family and community.

Keywords: Professionals. Family Health Strategy. Mental Health.

RESUMEN

En Brasil, la estrategia de salud de la familia priorizados por el Ministerio de Salud para organizar la atención primaria, tiene el reto de promover la reorientación de las prácticas de salud y acciones. Esta estrategia se reafirman los principios básicos del Sistema Único de Salud y se propone resolver, en la atención primaria, el 80% de los problemas de salud más prevalentes. Para que esto suceda, es necesario resolver la existencia de la relación y el diálogo entre la atención primaria y la salud mental, el establecimiento de una conexión con la propuesta de la Reforma Psiquiátrica. Ante esta perspectiva, el soporte de la matriz tiene como objetivo implementar mecanismos de atención territorial e integral, basadas en nuevos conocimientos y valores culturales. El estudio tuvo como objetivo: analizar los profesionales del diseño de la Estrategia Salud de la Familia en la salud mental basado en la Política Nacional de Salud Mental y elaborar un folleto de cuidado de la salud mental que se ocupa de las particularidades y complejidades de la persona con trastorno mental. Es un campo de investigación enfoque, descriptivo, exploratorio y cualitativo, que fue desarrollado en el Centro de Salud Familiar Puente Maria Guimarães Eglantine en Sobral - Ceará, con la participación de 20 profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (05 enfermeras; 02 médicos, 02 dentistas, 08 agentes comunitarios de salud y 03 técnicas de enfermería), con edades entre 30-50 años y la práctica profesional desde hace más de 02 años en ese lugar de la investigación. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista con semi-estructurada y, tras obtener el consentimiento de los participantes fueron grabadas en audio y transcritas en su totalidad, de acuerdo con las recomendaciones de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud. A continuación, se explotaron los resultados e investigado a partir del análisis de contenido de Bardin y agrupados en tres categorías: el tipo de demanda de salud mental con experiencia en el Centro de salud de la familia; las acciones desarrolladas en la salud mental y la importancia del apoyo de matriz para profesionales de la salud. Se encontró que la demanda relativa de salud mental más frecuente en la realidad de este centro de salud es que los pacientes que buscan atención para la renovación de la receta y continuar el tratamiento. También se mencionaron otras demandas, tales como el uso de alcohol y otras drogas y situaciones identificadas como una enfermedad mental en el área de cobertura del equipo. Se puede identificar que la concepción de las acciones en materia de salud mental es compartimentado, con intervenciones fragmentadas por especialidad y el fortalecimiento de la lógica de las referencias. Esto se debe a que tradicionalmente el cuidado de la salud modelo jerárquico produce una avería y la burocratización en las formas de relación entre los servicios, el establecimiento de formas de concebir y de intervenir, haciendo una renuncia a expensas de la corresponsabilidad entre los profesionales y los servicios de salud. Es precisamente esta tendencia que la dinámica de objetivos de apoyo para superar la matriz. Por lo tanto, se ha descubierto que la inclusión de los servicios de salud mental en la atención primaria puede ampliar el campo de la atención psicosocial, así como el desarrollo de tecnologías para el cuidado guiados por concepto de rendición de cuentas, bonos, compromiso e integridad de vida de los usuarios, familiares y la comunidad.

Palabras clave: Profesionales. Estrategia de Salud Familiar. Salud Mental.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	09
1.1 Contextualização do problema.....	09
1.2 Objetivos.....	11
1.3 Justificativa e relevância.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Atenção básica e suas implicações na Estratégia Saúde da Família.....	13
2.2 Interlocuções da saúde mental na Estratégia Saúde da Família.....	16
2.3 Diretrizes e princípios da Política Nacional de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família.....	20
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 Natureza da pesquisa.....	25
3.2 Cenário da pesquisa.....	25
3.3 Participantes da pesquisa.....	26
3.4 Procedimento e instrumento de coleta dos dados.....	27
3.5 Processamento e análise dos dados.....	28
3.6 Aspectos éticos e legais.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
4.1 Manuscrito: Concepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a Saúde Mental na Atenção Básica.....	31
4.2 Produto: Cartilha Educativa de Atenção à Saúde Mental para os Profissionais da Estratégia Saúde da Família.....	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES.....	63
ANEXOS.....	67

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do problema

Em vários países do mundo, nas Reformas Psiquiátricas que se sedimentam sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a atenção básica, ou primária. Parte-se da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos de 1970 a 1980, reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconiza então a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade (GONÇALVES; SENA, 2010).

Um dos desafios que se impõem ao Sistema Único de Saúde (SUS) na atualidade é a efetiva implementação da Reforma Psiquiátrica, consolidada com a Lei nº. 10.216/2001. Ocorre que a Reforma Psiquiátrica garante a atenção integral à saúde aos usuários de serviços de saúde mental por meio da estruturação de serviços de base comunitária que devem ser configurados em redes assistenciais capazes de – em consonância com os princípios da Reforma Sanitária – observarem a equidade no atendimento e promover a reinserção social (BARROSO; SILVA, 2011).

No Brasil, no final da década de 1970, as ações em saúde mental em unidades de atenção básica passam a ser incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que segundo Figueiredo e Campos (2012), nasceu no bojo da Reforma Sanitária, tendo guardado consigo princípios e diretrizes que orientam esta última, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. E ao longo do seu desenvolvimento, que segue um curso particular e nem sempre coincidente com aquele da Reforma Sanitária, esforços foram mais ou menos dirigidos na perspectiva de recuperar esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência para a pessoa com transtorno mental.

A inclusão das pessoas com transtorno mental no âmbito da atenção básica corrobora aos pressupostos trazidos pela Declaração de Caracas (1990), a qual enfatiza a necessidade de

dispositivos de cunho comunitário capazes de introduzirem-se nas demais redes de apoio e promover a reabilitação psicossocial, a reinserção social e a integração, preceitos condizentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica (SOUZA, 2009).

Em convergência a essa discussão, Leão e Barros (2011) esclarecem que há evidências da alta prevalência de demanda em saúde mental na atenção primária no Brasil dentre a população atendida, caracterizada em grande parte por casos de quadros depressivos e ansiosos leves, assim como preocupações, irritabilidade e múltiplos sintomas psicossomáticos. Além dessa clientela, cabe à unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) promover ações em prol da promoção da saúde mental e do reconhecimento de situações de risco para o adoecimento mental, atuando em todos os níveis de atenção, desde a promoção até a assistência aos casos identificados.

A Política Nacional de Saúde Mental, que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, prioriza práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, mas a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta (BRASIL, 2013).

Em outras palavras, as concepções e práticas em saúde mental existentes no nível básico de atenção à saúde nem sempre condizem com o esperado, gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social das pessoas com transtornos mentais e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas.

Mattos (2012) destaca que nos últimos vinte anos, a área de saúde mental no contexto nacional vem se conduzindo em um processo complexo de autoafirmação por um saber/fazer que supere o modelo biomédico, medicalizante e hospitalocêntrico; busca sustentar-se sobre dispositivos de atenção comunitária, territoriais, focalizados na pessoa com transtorno mental e sua família, por meio de uma *práxis* transformadora e em constante construção.

Ao encontro dessas transformações de saberes e práticas na clínica psiquiátrica e comunitária, pode-se pensar que a relação entre o normal e o patológico simplesmente apresenta que não existe um jeito normal de ser, é o outro jeito de ser e estar no mundo que deve ser compreendido.

Os desafios estão presentes e não podem ser ignorados. O transtorno mental está cada vez mais presente na sociedade e deve ser superado, quer seja avançando no conhecimento em relação às diretrizes da política de saúde mental ou aproximando das contingências do processo de adoecimento e contribuindo para consolidar a saúde mental no âmbito da atenção básica.

De acordo com as considerações apresentadas, definiu-se como objeto de estudo a

concepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde mental na atenção básica.

1.2 Objetivos

- Analisar a concepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde mental na atenção básica com base na Política Nacional de Saúde Mental;
- Elaborar uma cartilha de atenção à saúde mental para os profissionais da Estratégia Saúde da Família que contemple as peculiaridades e complexidades da pessoa com transtorno mental.

1.3 Justificativa e relevância

A pesquisa nesse cenário psicossocial torna-se relevante visto que a ESF tem como um de seus princípios viabilizar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, proporcionando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer os estilos de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como as representações sociais do cotidiano de suas áreas.

É na comunidade que o sujeito, apesar de doente, pode elaborar seus projetos de vida, partindo do princípio de que a comunidade é o seu ambiente familiar e que a vida nesse ambiente é um constituinte indispensável para o processo de saúde do sujeito. O profissional de saúde sob essa perspectiva mobiliza as capacidades e recursos do paciente e da comunidade, enfatizando o protagonismo do sujeito para resolver seus problemas.

O resgate do doente mental para o convívio social implica endereçar à comunidade a pluralidade de aspectos presentes no convívio da pessoa com transtorno mental na vida social. O convívio com a desigualdade social, o ambiente de violência e desemprego e o transtorno comportamental fazem parte do cotidiano da comunidade.

Com isso, o modelo assistencial em saúde mental permanece em transição, refletindo, em alguns serviços, as graves distorções do modelo asilar, embora haja uma compreensão de que atualmente as políticas públicas para a área são necessariamente intersetoriais, com interface com áreas como a assistência social, os direitos humanos, a justiça, o trabalho e a habitação.

Por conseguinte, pode-se afirmar que o cuidado em saúde mental na atenção básica é estratégico pela facilidade de acesso das equipes de saúde aos usuários e, por esta característica, é comum que os profissionais da ESF se encontrem a todo o momento com os pacientes em situação de transtorno mental.

Vale destacar que estudos científicos recentes têm demonstrado altas prevalências de transtornos mentais na população. Infelizmente, grande parte destes pacientes não tem seu diagnóstico reconhecido e por isto não são devidamente tratados. Entre os principais motivos para o não reconhecimento dos transtornos mentais está a maior probabilidade destes pacientes relatarem apenas sintomas somáticos quando em consulta, e a dificuldade dos profissionais da ESF em reconhecer estes sintomas como indicativos de transtorno mental.

Partindo-se dessa problemática, esta pesquisa buscou promover orientações e reflexões que possibilitem o profissional da ESF desenvolver uma abertura, um posicionamento, uma espécie de respaldo interno para se colocar disponível como ouvinte e cuidador, no momento em que estiver diante de um usuário do atendimento de saúde mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção básica e suas implicações na Estratégia Saúde da Família

A atenção básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2008).

A ação na atenção básica inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011). Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

Figueiredo e Campos (2012) descrevem que a atenção básica desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A Política Nacional de Atenção Básica tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), sendo consolidado, em 1998, como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008).

O PSF, conforme Costa e Carbone (2009), teve início quando o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões norte e nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas.

Dessa forma, o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de

dezembro de 1993 em Brasília, Distrito Federal, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do ministro da saúde Henrique Santillo com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, no Ceará, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais (BRASIL, 2008).

Mendonça (2010) destaca que esse movimento de “olhar sobre a família” se deu em muitos países e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro. Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados.

A ESF nasceu na tentativa de repensar os padrões de pensamento e comportamento dos profissionais de saúde e cidadãos brasileiros. O objetivo da ESF é reorganizar a prática assistencial, com centro no núcleo familiar das ações de saúde, tendo o território como ponto estratégico de desenvolvimento do cuidado e desenvolvendo práticas que vão além daquelas baseadas na cura da doença e na hospitalização (BRASIL, 2008).

Teixeira (2011) ressalta que a qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades regionais.

O Governo Federal, no decorrer dos anos, tem feito tentativas de adequar às normas nacionais da atenção básica, definindo parâmetros que estejam adaptados à atual realidade vivida pelo SUS. Com essa finalidade, o Ministério da Saúde, respeitando diversas leis, portarias e decretos presidenciais anteriormente deliberados – bem como o processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica, e a ESF como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil –, pactuou na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em setembro de 2011, o lançamento da Portaria MS/GM nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que revisava as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS (BRASIL, 2011).

De acordo com Mattos (2012), a ESF tem como proposta a criação de novo modelo de

atenção que prioriza ações de promoção à saúde e serviços mais próximos da comunidade. Dessa forma, é visto como dispositivo essencial na reorganização da atenção básica à saúde e na reorientação do modelo assistencial, visto que visa imprimir nova dinâmica de trabalho na saúde pública.

A saúde da família trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência. Portanto, há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam o novo “chamamento” do setor (ARAÚJO; ROCHA, 2010).

Estes autores retratam também que pode-se conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco que a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na unidade de saúde da família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, são ações para as quais as equipes devem estar preparadas.

No processo de transformação do modelo assistencial, o trabalho em equipe interdisciplinar e a inclusão da família como foco de atenção básica, ultrapassando o cuidado individualizado focado na doença, podem ser ressaltados como progressos da atenção à saúde e como contribuição da ESF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde (MENDONÇA, 2010).

Vale expressar que reorganizar o modelo assistencial vigente no país não é tarefa fácil. Ainda mais quando se trata de mudar o comportamento dos usuários perante os recursos de saúde, bem como o do próprio segmento produtor de serviços nessa área (COSTA; CARBONE, 2009). Para substituir as práticas tradicionais de assistência, o compromisso e a responsabilidade devem ser de todos: desde os Governos Federal, Estadual e Municipal, seus respectivos gestores, as equipes multiprofissionais, até a sociedade civil, através de comunidades organizadas em prol de cada família, de cada cidadão.

A ESF, nesse sentido, favorece o estabelecimento de novas relações, em que cada parte atuante é sujeito do processo. A tendência é que com o tempo, o paciente deixe de ser objeto de ação, enquanto que o profissional, de qualquer instância, passe a compreendê-lo enquanto ser político, social, psicobiológico, cultural e contextualizado no ambiente em que

vive. Tal feito carece de um olhar técnico diferenciado e ousado, para que os “muros” sejam rompidos, sejam os das Secretarias Municipais de Saúde, das unidades de saúde da família ou do próprio conhecimento das pessoas envolvidas, a fim de que a barreira entre o saber científico e o saber popular se meschem e produzam ações que possam agir efetivamente nos determinantes do processo saúde e doença (CAMPOS; AMARAL, 2012).

Tais características indicam a potencialidade da ESF se constituir no plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial e segregador, assim como com as relações de tutela e controle social da pessoa com transtorno mental.

2.2 Interloquções da saúde mental na Estratégia Saúde da Família

No campo da saúde pública brasileira, a atenção básica tem, progressivamente, tornado-se uma prática privilegiada nas intervenções em saúde mental, em virtude da necessidade de produzir ações focadas no eixo territorial. Nesse contexto, tal como indicam Sampaio e Barroso (2010), a ESF se configura como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados culturalmente sensíveis, dentro dos princípios da integralidade e da territorialidade. Cuidados culturais é um conceito que descreve os tipos de cuidados que o profissional de saúde deve desenvolver no sentido de serem culturalmente sensíveis, congruentes e competentes.

Alverga e Dimenstein (2010) consideram que a inserção da saúde mental nesse nível de atenção é estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. A inclusão das questões de saúde mental na política de implantação da ESF mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como *locus* privilegiado da intervenção.

A integração da ESF com as políticas de saúde mental, por sua vez, implica também transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. A lógica dos “especialismos”, ainda muito arraigada à cultura médica e hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado. Tal lógica pressupõe relações hierarquizadas de saberes e poderes entre os diferentes membros da equipe e desta com os usuários. Isso quer dizer que é preciso pôr em curso

alterações na forma de organização dos serviços, pautadas por mudanças nos saberes instituídos que delimitam quem é competente e quem tem autoridade para lidar com a loucura (GONÇALVES; SENA, 2010).

Os dados que permitam conhecer o nível de implementação de ações de saúde mental na rede básica ainda são muito incipientes. Buscando contribuir para a redução dessa lacuna, algumas pesquisas apresentam estudos de convergências com os princípios da Reforma Psiquiátrica, pois orientam-se com base em fundamentos epistemológicos que se situam em ruptura ao paradigma médico naturalista e clássico, atribuindo um novo lugar social para a loucura e, para isso, instaurando um Modelo Psicossocial de Cuidado (CAMPOS, 2009).

Para Alverga e Dimenstein (2010), esse novo modelo deve situar-se em contradição com o modelo antigo, asilar, em quatro parâmetros principais: na definição de “seu objeto” e dos “meios” teóricos e técnicos de intervenção, nas formas da organização dos dispositivos institucionais, nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população e nas implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teóricos, técnicos e ideológicos.

Valendo-se desses quatro parâmetros, os autores supracitados enfatizam que pode-se, desde o início, identificar aspectos de confluência entre os mesmos e aqueles que regem a ESF. Assim, no que se refere ao objeto e meios de trabalho, o Modelo Psicossocial propõe que fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam tomados como determinantes das doenças. E as terapias sairiam do escopo medicamentoso exclusivo, ou preponderante, e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento, sendo a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado também incluídos como agentes fundamentais do cuidado.

Na instituição, a atuação seria de natureza interprofissional, superando o formato “linha de montagem” das equipes multiprofissionais clássicas. No que tange às formas de organização da instituição, o organograma deveria ser horizontal, primando por princípios de descentralização e propostas de participação popular e dando ênfase não apenas à dimensão técnica das práticas, mas também à sua dimensão ética (REIS, 2010).

As formas do relacionamento com a clientela devem priorizar o diálogo com a população, ampliando a escuta para o território mais vasto, saindo das linhas de ação apenas empreendidas pelos trabalhadores especializados. Em outras palavras, a concepção dos efeitos terapêuticos e éticos superaria a visão de uma terapêutica voltada apenas para a remoção de sintomas, a adaptação à realidade e a supressão de carências. Esta se fundamentaria em uma ética que valorizasse os aspectos subjetivos, além daqueles sociais e políticos da existência

dos usuários (ALVES, 2011).

Segundo Campos (2009), as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na atenção básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

Os profissionais especialistas em saúde mental elaboram suas intervenções a partir das vivências nos territórios. Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na atenção básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade diária do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades. Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem mesmo que os profissionais as percebam em sua prática (BRASIL, 2013).

Para que isso ocorra adequadamente, Sampaio e Barroso (2010) informam que é necessário o desenvolvimento de projetos de atenção à saúde mental por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) ou das equipes de saúde mental de maneira a ofertar as condições necessárias para o adequado manejo das demandas nesse âmbito.

Em linhas gerais, podem ser identificados, nas descrições acima, os princípios da integralidade da atenção e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde e doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, orientadores simultaneamente das ações do Modelo Psicossocial de Cuidado e da ESF.

Na prática concreta, no entanto, Gomes e Mello (2012) especificam que esses modelos entram em conflito. De um lado, os esforços de consolidação da Política Nacional de Saúde Mental ainda têm se deparado com grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, da capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo.

Em relação a ESF, Souza e Scatena (2011) apresentam que além da insipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental,

sua lógica e linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiossincrasia dos problemas historicamente vividos pelas pessoas com transtornos mentais. Pode-se supor que um dos principais limitantes dessas ações situa-se ainda na área relativa à clínica da saúde mental.

Seguindo essa perspectiva, os autores continuam discorrendo sobre as dificuldades em lidar com as demandas de saúde mental devido à complexidade de conceituar doença mental, os encaminhamentos recorrentes, o reconhecimento da falta de treinamento, a insegurança e a falta de experiência com essas demandas; o que tem influenciado o desvio dos pressupostos preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Corroborando com essa discussão, faz-se referência à proposta de redirecionamento dada pelo atual paradigma ampliado de saúde, superando práticas baseadas num modelo meramente curativo e permitindo a abertura de espaços para a incorporação de outros atores no cenário da assistência com vistas a integrar saberes às demandas exigidas no contexto da atenção primária (TEIXEIRA, 2011).

Como já mencionado, o autor ainda afirma que o estabelecimento de ações em conjunto com a saúde mental e a ESF amplifica o potencial dos CAPS's como agenciadores de novos modos de cuidado pautados na corresponsabilidade e formação de vínculo entre a clientela e a equipe de saúde. Dessa maneira, há manejo adequado voltado à superação dos entraves no âmbito da atenção básica, objetivando o cuidado de modo integral que responda aos preceitos da promoção da saúde.

A atual Política Nacional de Saúde Mental tem reforçado que o apoio matricial constitui um arranjo organizacional visando outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (BARBAN; OLIVEIRA, 2013). Nesse arranjo, a equipe responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Viabilizam-se, então, encontros voltados à sensibilização, capacitação, suporte de casos e atendimento compartilhado em saúde mental.

Com essas atividades, são identificadas habilidades e potencialidades que as ações integradas em saúde são capazes de desenvolver em relação às práticas que promovam a integralidade, a universalidade e o fortalecimento da cidadania dos indivíduos com referência à atenção à saúde.

Entretanto, Alverga e Dimenstein (2010) afirmam que mesmo com todas as experiências bem sucedidas realizadas pelo país, as iniciativas de alguns gestores locais e a existência de um campo de discussão consolidado em termos da articulação saúde mental/atenção básica e os modos de cuidado produzidos na perspectiva da integralidade são ainda muito incipientes. As equipes não estão capacitadas para atender essa demanda e, na

maioria das vezes, atribuem esse papel a profissionais como psiquiatras e psicólogos, delimitando o campo de atenção a esses dois especialistas.

Os autores supracitados destacam também que ainda há muitos entraves para a acessibilidade do usuário ao campo da saúde mental, pois as unidades básicas de saúde vêm tradicionalmente respondendo por menos de 10% da demanda, quando deveria ser o local privilegiado de acolhimento, evitando que o hospital psiquiátrico se configure enquanto porta de entrada para os serviços. Esta realidade confirma a dificuldade de inserção da saúde mental na ESF e o papel centralizador ocupado pelo hospital psiquiátrico na rede de cuidados.

Nesse contexto, considera-se que é preciso desenvolver a concepção da qualidade do atendimento que é ofertado, pois conforme Jardim e Pereira (2011), a concepção é um processo psicológico complexo através do qual o indivíduo tem consciência das suas impressões sensoriais e adquire conhecimento da realidade. É um mecanismo de aquisição da informação através da integração estruturada dos dados que procedem dos sentidos; em virtude dessa integração, o indivíduo capta os objetos.

Portanto, os usuários do atendimento de saúde mental podem conhecer e perceber que ações são produzidas, ou seja, que orientações podem ser compartilhadas pelos serviços da ESF para que essa demanda em saúde mental encontre resolutividade na própria unidade básica e não seja necessário recorrer ao hospital psiquiátrico.

2.3 Diretrizes e princípios da Política Nacional de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

A Política Nacional de Saúde Mental aponta os CAPS's como dispositivos estratégicos de atenção à saúde mental, entretanto, é na ESF que perpassa o lugar privilegiado da construção deste novo paradigma em relação aos transtornos mentais. Diante dessas informações, Amaral (2012) descreve que a Política Nacional de Saúde Mental propõe algumas diretrizes para a organização das ações de saúde mental na ESF:

1. Apoio matricial da saúde mental às equipes de atenção básica:

O apoio matricial visa a proporcionar suporte técnico, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Assim, torna-se possível compartilhar casos/situações com a equipe de saúde local, favorecendo a corresponsabilização. Por meio do suporte matricial seria possível, entre outras ações, romper-se com a lógica do encaminhamento, muitas vezes vinculada à lógica da desresponsabilização. Também haveria a

possibilidade de se contribuir para a melhor resolutividade das situações no nível local.

Portanto, as equipes de saúde mental de apoio à atenção básica devem incorporar ações de supervisão, de atendimento em conjunto e de atendimento específico, além de participar das iniciativas de qualificação dos profissionais.

2. Formação como estratégia prioritária para a inclusão da saúde mental na atenção básica:

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica, é fundamental a qualificação das equipes, potencializando a rede e qualificando o cuidado. Tendo em vista que a maior qualificação aponta para uma reformulação das estratégias de formação, sugere-se que as equipes de apoio matricial possam ser o dispositivo para se adotar uma formação continuada e em serviço, por meio de discussões de textos, casos e situações, contribuindo assim para a ampliação da clínica.

3. Inclusão da saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB):

O sistema de informação é fundamental para avaliação e planejamento das ações e serviços de saúde, sendo imprescindível incluir indicadores de saúde mental na atenção básica, já que atualmente esse é o nível privilegiado para a adoção das ações de saúde mental no sistema de saúde. É necessário incluir indicadores da saúde mental no SIAB, para se evitar excluir desse nível de atenção o acompanhamento às pessoas com grave sofrimento psíquico, restando a elas o caminho da institucionalização.

Esta inclusão permitirá perceber se a atenção básica tem, de fato, se responsabilizada pelo acompanhamento de pessoas com grave sofrimento psíquico e se tem conseguido acompanhar as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos, entre outras ações.

Por meio dessas diretrizes, Vecchia (2013) apresenta os princípios que norteiam as ações de saúde mental na ESF:

1. Articulação:

A criação de uma rede que estabeleça parcerias e laços com outros segmentos da sociedade. As redes conectam pessoas, instituições, serviços, tecem vidas e podem estabelecer uma nova conexão entre Estado e cidadania e, assim, uma nova relação de reconhecimento entre as pessoas. Implicam

também a redefinição das políticas sociais, em uma recomposição do papel do Estado e das coletividades.

É necessário o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, da cultura, da habitação, do esporte, do trabalho, do lazer, dentre outros, além do estabelecimento de parcerias com universidades, Ministério Público, ONGs, etc.

2. Acolhimento:

O acolhimento, como, ação, atravessa processos relacionais em saúde rompendo com o atendimento tecnocrático, criando um atendimento mais humanizado. Como modo de organização de práticas, o acolhimento possibilita que o usuário assuma o lugar central das atividades de saúde.

Por meio do acolhimento é possível que os equipamentos de saúde mantenham a marca de processo, de criação cotidiana, de invenção, que pode dar a cada uma das experiências um caráter singular e a cada equipe a possibilidade de construir, com seu desejo, o trabalho diário em lugar de repetições modulares.

Em suma, acolhimento advém da participação efetiva e afetiva entre a equipe e a população adscrita, pois exige uma atenção solidária, não mecanizada, a todas as pessoas, com uma escuta qualificada dos problemas de saúde, possibilitando a criação de vínculos.

3. Responsabilização:

Os CAPS's devem se responsabilizar pela coordenação e pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território. A responsabilização pela clientela atendida deve ser um princípio norteador dos novos modos de atenção em construção.

Tome-se como encargo que o serviço deve se responsabilizar pela saúde mental da população de sua área de abrangência. Este, juntamente com os demais segmentos sociais que compõem a rede social, devem se articular a fim de promover a melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas, desenvolvendo papel ativo na promoção da saúde mental.

O território é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isto significa que uma equipe deve atuar no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, visando enriquecê-lo e expandi-lo.

Outra questão relacionada à territorialidade das ações está atrelada à acessibilidade das ações e serviços de saúde. O serviço pode estar ou não acontecendo para o usuário então, a discussão da acessibilidade se torna uma questão ética.

4. Estabelecimento de vínculos:

A noção de vínculo está atrelada a outros conceitos, como o da continuidade, da responsabilização, do acolhimento, da acessibilidade e do afeto. O vínculo também pode ser definido como a circulação de afeto entre as pessoas a partir da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio de outros, que se constrói com base na necessidade de quem demanda atendimento e de um outro que possa atendê-lo e ouvi-lo.

Os vínculos que norteiam os projetos de intervenções integrais de atenção e cuidado à saúde são constituídos a partir de escuta e responsabilização entre sujeitos. Em que os profissionais, em uma relação próxima, clara, pessoal e não burocrática, devem se sensibilizar com o sofrimento do outro e se responsabilizar pela vida do usuário.

5. Integralidade do cuidado:

Deve-se considerar a integralidade como um indicador da direção que se deseja imprimir aos sistemas de saúde. Tem-se adotado o termo integralidade, na maioria das vezes, para compreender o indivíduo como um sujeito integral, dotado de diferentes necessidades em diferentes momentos, estando relacionado à noção de direito. Portanto, a busca pela integralidade envolve a noção de responsabilização.

No entanto, essa tarefa não pode estar restrita aos serviços de saúde mental; deve-se desenvolver uma articulação entre os segmentos sociais que compõe a rede, a fim de promover melhorias nas condições de saúde e de vida das pessoas. Faz-se necessário fomentar mudanças, em todo o sistema de saúde, para que de fato os profissionais de saúde possam se responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas.

Por conseguinte, pode-se avançar na elaboração de novos conceitos e práticas pertinentes ao campo da atenção psicossocial, fundamentadas na Política Nacional de Saúde Mental. Isto possibilitará a aproximação com uma clínica criadora de possibilidades, produtora de sociabilidades e subjetividades (GONÇALVES; SENA, 2010).

A incorporação dessas diretrizes e princípios estabelece que a ESF pode ampliar sua

capacidade de resolução dos problemas de saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação com a saúde mental, ao potencializar capacidades de produzir mudanças significativas.

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza da pesquisa

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. Segundo Marconi e Lakatos (2010), na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Gil (2011) acrescenta nesta perspectiva que a pesquisa exploratória possui um planejamento bastante flexível e proporciona maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito e sem a preocupação de identificar uma série de fatores que irão determinar e contribuir para a ocorrência de um fenômeno.

A abordagem qualitativa se insere nesta pesquisa por propiciar uma compreensão mais abrangente da história, das representações, das crenças e relações dos participantes envolvidos no estudo. O campo da saúde é uma realidade complexa, que demanda diferentes conhecimentos e uma abordagem dialética, que compreende para transformar (MINAYO, 2010).

A referida abordagem deve ser coerente e, ao mesmo tempo, consistente ao tratar da subjetividade dos participantes do estudo, dentro do aporte metodológico de construção, análise e discussão dos dados, bem como respeito aos princípios éticos (BOSI, 2012). Esta autora destaca ainda a reflexividade como princípio fundamental de construção do estudo, ou seja, durante a discussão dos resultados encontrados, deve perdurar sempre a autocrítica do pesquisador e a dialética, em busca das construções intersubjetivas das relações sociais.

Desse modo, considerando como base as vivências dos profissionais da ESF no decorrer de suas atividades laborais, foi possível delinear os depoimentos e julgamentos particulares sobre saúde mental na atenção básica, colocando em pauta os achados comuns e discutindo a relação entre as declarações e os aspectos teórico-operacionais das ações envolvidas pelos participantes em seu território.

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa realizou-se no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria Eglantine Ponte Guimarães, localizado na Travessa Dom Expedito e recebeu esta denominação em 20 de junho de 2001. É mais conhecido como CSF do Dom Expedito, que abrange os bairros Dom Expedito e Santo Antônio na cidade de Sobral - Ceará.

O CSF do Dom Expedito é composto por: 05 enfermeiras; 02 médicas; 02 odontólogos; 10 agentes comunitários de saúde; 03 técnicas de enfermagem; 02 agentes comunitários de saúde bucal; 06 agentes administrativos; 06 profissionais (psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social e educadora física) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 06 residentes em saúde da família (psicóloga, nutricionista, farmacêutica, fisioterapeuta, assistente social e educadora física) da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia; 04 auxiliares de serviços gerais e 05 vigias.

Os serviços ofertados no CSF são: acolhimento e triagem; vacinas; curativos e administração de medicamentos; consultas médicas e de enfermagem; dispensação de medicamentos; atendimento em saúde mental; atividades educativas; visitas domiciliares; controle de hipertensão e diabetes; tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's); tratamento de tuberculose e hanseníase; acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças; planejamento familiar; pré-natal; prevenção do câncer de mama e ginecológico; cadastramento das famílias residentes na área de responsabilidade da equipe e coleta para exames laboratoriais.

Este cenário promove assistência em saúde para aproximadamente 4.000 usuários, em que os profissionais da ESF, tais como: enfermeiras, médicas, dentistas, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde e de saúde bucal desenvolvem o acompanhamento de saúde mental para aproximadamente 260 usuários que apresentam algum transtorno mental e fazem o uso regular de medicamentos psicotrópicos.

Vale ressaltar que o pesquisador responsável, numa modalidade de projeto de extensão, executa ações psicoeducativas em saúde mental para esses usuários assistidos pelo CSF.

3.3 Participantes da pesquisa

De acordo com a população descrita no cenário do estudo, os participantes da pesquisa foram 20 profissionais da ESF: 05 enfermeiras; 02 médicas; 02 odontólogos; 08 agentes comunitários de saúde e 03 técnicas de enfermagem.

Para Minayo (2010), numa busca qualitativa, o pesquisador deve preocupar-se mais com a qualidade dos depoimentos de cada participante, com a profundidade, abrangência e diversidade das informações coletadas, podendo-se dizer que uma amostra ideal é a que reflete a totalidade das várias dimensões do objeto investigado.

Os critérios de inclusão foram os profissionais da ESF registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e com mais de 02 (dois) anos de experiência profissional no CSF; acompanhar os usuários do atendimento de saúde mental; permitir a gravação em áudio da entrevista e a divulgação dos resultados nos meios científicos. Foram excluídos do estudo os preceptores, estagiários e profissionais de outros serviços de assistência à saúde do CSF.

Ao verificar a disponibilidade dos participantes da pesquisa por meio de uma aceitação verbal, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS).

3.4 Procedimento e instrumento de coleta dos dados

Para alcançar os objetivos propostos e produzir os dados, escolheu-se a técnica de entrevista, por permitir maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilitar investigação mais ampla sobre os entrevistados.

Gil (2011) esclarece que na entrevista, o pesquisador fica frente a frente com o participante do estudo, num jogo respectivo de perguntas e respostas, em que se torna possível obter informações sobre o que o entrevistado pensa, sente, crê, espera, deseja, sabe, pretende fazer, faz ou fez, assim como acerca de suas explicações ou razões para suas opiniões, tudo por meio de pontos de interesse que vão se relacionando e sendo explorados ao longo do discurso do participante do estudo.

O instrumento para produção de dados foi o roteiro semiestruturado (APÊNDICE A) detalhado e organizado, com perguntas abertas, em que os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto.

As entrevistas sucederam-se de forma espontânea, com duração média de 30 minutos e executadas nos meses de julho e agosto de 2015 nas dependências do cenário de estudo, conforme a disponibilidade dos participantes. Foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, após o consentimento dos participantes. Estabeleceu-se o anonimato, identificando-os por números naturais.

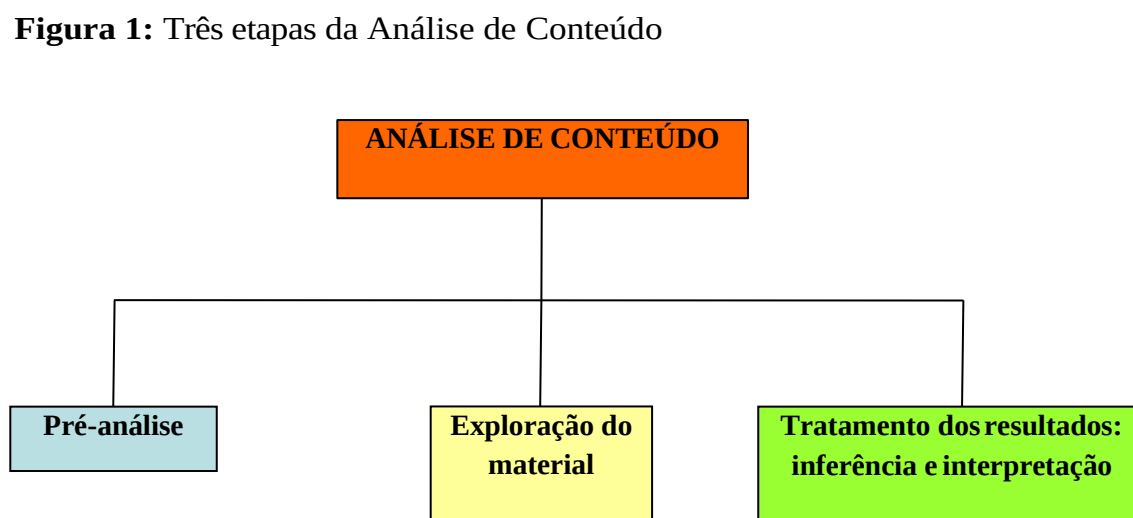
3.5 Processamento e análise dos dados

O processamento dos dados apresentou-se por meio da análise de conteúdo de Bardin, proposta pela professora da Universidade de Paris V Laurence Bardin (2011), que a define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Como a análise de conteúdo constitui um conjunto de técnicas que trabalha os dados coletados, objetivando a identificação do que está sendo dito a respeito de determinado tema e, assim, há a necessidade da decodificação do que está sendo comunicado. Chizzotti (2010) informa que para a decodificação dos documentos, o pesquisador pode utilizar vários procedimentos, procurando identificar o mais apropriado para o material a ser analisado, como análise léxica, análise de categorias, análise da enunciação, análise de conotações.

Para Vergara (2011), a análise de conteúdo é compreendida como a análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Tais funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas.

Diante dessa diversificação e também aproximação terminológica, optou-se por elencar as etapas da análise de conteúdo segundo Bardin (2011), conforme mostra a figura a seguir:



Fonte: Adaptado de Bardin (2011).

De acordo com a figura 1, pode-se explicar que:

- 1) **Pré-análise:** é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.
- 2) **Exploração do material:** consiste em examinar os dados com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta etapa.
- 3) **Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:** o pesquisador irá tornar os resultados significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido. Em outras palavras, ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

3.6 Aspectos éticos e legais

O projeto desta pesquisa foi apreciado pela Comissão Científica do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) em Sobral -

Ceará, que expediu o parecer de autorização (ANEXO A) e, em seguida, efetuou-se o preenchimento e submissão dos protocolos da pesquisa na Plataforma Brasil, em que o referido projeto foi avaliado e aprovado pelo CEP do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ em Teresina - Piauí, mediante o parecer consubstanciado e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE n.º.: 44611415.7.0000.5210 (ANEXO B).

O estudo seguiu as considerações e recomendações das instituições científicas envolvidas, respeitando a Resolução 466/12 do CNS/MS, que trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e devem ser analisadas as possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo. No caso desta pesquisa qualitativa, os riscos foram mínimos, já que se limitaram as respostas de uma entrevista, que pode, no máximo, causar desconforto ou constrangimento, na hora da gravação, além da possibilidade de se identificar os participantes. Porém, foram tomadas as devidas precauções éticas.

Diante do exposto, a pesquisa pode trazer benefícios, mesmo que não imediatos, com a divulgação dos resultados para a comunidade científica numa perspectiva de redimensionamento acerca das ações de saúde mental na atenção primária à saúde. As informações e orientações relacionadas com essa temática são relevantes e valorizadas no atual contexto de saúde da família.

Além disso, a cartilha educativa de atenção à saúde mental para os profissionais da ESF pode implicar em esclarecimentos e promover uma qualificação no acompanhamento dos usuários com transtorno mental.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito submetido na Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas SMAD

Concepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a Saúde Mental na Atenção Básica

Denilson Gomes Silva¹

José Nazareno Pearce de Oliveira Brito²

Márcia Astrês Fernandes³

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida⁴

Eliana Campêlo Lago⁵

Este artigo teve como objetivo analisar a concepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre saúde mental com base na Política Nacional de Saúde Mental. Realizou-se uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa e a participação de 20 profissionais. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada e investigados a partir da análise de conteúdo e agrupados em categorias. Foi possível identificar que a demanda relativa à saúde mental mais frequente é a de renovação de receitas e as intervenções são fragmentadas por especialidades e encaminhamentos. Considerou-se a importância do apoio matricial, responsabilização e vínculo na ampliação da atenção psicossocial, bem como o desenvolvimento de tecnologias de cuidado integral com a vida dos usuários, família e

¹Psicólogo. Mestrando do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: dgsilva19@hotmail.com

² Médico Neurocirurgião. Doutor em Ciências Médicas (Área de Concentração em Neurologia) pela Universidade Estadual de Campinas. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: nazapearce@uol.com.br

³ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: m.astres@ufpi.edu.br

⁴ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: camila@uninovafapi.edu.br

⁵ Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Piauí. Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: elianalago@ig.com.br

comunidade.

Descritores: Profissionais; Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental.

Health Strategy Professionals Design Family on Mental Health in Primary Care

This article aims to analyze the design professionals of the Family Health Strategy on mental health based on the National Mental Health Policy. We conducted a field research with qualitative approach and the participation of 20 professionals. Data were collected through a semi-structured interview and investigated from the content analysis and grouped into categories. It was possible to identify the relative demand for more frequent mental health is the renewal of prescriptions and interventions are fragmented by specialties and referrals. It considered the importance of matrix support, accountability and link the expansion of psychosocial care, as well as the development of comprehensive care technologies to users' lives, family and community.

Descriptors: Professionals; Family Health Strategy; Mental Health.

Estrategia de Salud de los Profesionales de Diseño de la Familia de la Salud Mental en Atención Primaria

Este artículo tiene como objetivo analizar los profesionales del diseño de la Estrategia Salud de la Familia en la salud mental basado en la Política Nacional de Salud Mental. Se realizó una investigación de campo con enfoque cualitativo y la participación de 20 profesionales. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada e investigados a partir del análisis de contenido y se agrupan en categorías. Fue posible identificar la demanda relativa de salud mental más frecuente es la renovación de las recetas y las intervenciones fragmentado por especialidades y referencias. Se considera la importancia del apoyo de la matriz, la responsabilidad y vincular la expansión de la atención psicosocial, así como el

desarrollo de las tecnologías de atención integral a los usuarios vidas, familia y comunidad.

Descriptores: Profesionales; Estrategia de Salud Familiar; Salud Mental.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos de 1970 a 1980, reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconiza então a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade⁽¹⁾.

Um dos desafios que se impõem ao Sistema Único de Saúde (SUS) na atualidade é a efetiva implementação da Reforma Psiquiátrica, consolidada com a Lei nº. 10.216/2001. Ocorre que a Reforma Psiquiátrica garante a atenção integral à saúde aos usuários de serviços de saúde mental por meio da estruturação de serviços de base comunitária que devem ser configurados em redes assistenciais capazes de – em consonância com os princípios da Reforma Sanitária – observarem a equidade no atendimento e promover a reinserção social⁽²⁾.

A integração da Estratégia Saúde da Família (ESF) com as políticas de saúde mental, por sua vez, implica também transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. A lógica dos “especialismos”, ainda muito arraigada à cultura médica e hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado. Tal lógica pressupõe relações hierarquizadas de saberes e poderes entre os diferentes membros da equipe e desta com os usuários⁽³⁾. Isso quer dizer que é preciso pôr em curso alterações na forma de organização dos serviços, pautadas por mudanças nos saberes instituídos que delimitam quem é competente e quem tem autoridade para lidar com o transtorno mental.

Os dados que permitam conhecer o nível de implementação de ações de saúde mental na rede básica ainda são muito incipientes. Buscando contribuir para a redução dessa lacuna, algumas pesquisas apresentam estudos de convergências com os princípios da Reforma Psiquiátrica, pois orientam-se com base em fundamentos epistemológicos que se situam em ruptura ao paradigma médico naturalista e clássico, atribuindo um novo lugar social para a loucura e, para isso, instaurando um Modelo Psicossocial de Cuidado⁽⁴⁾.

Este novo modelo deve situar-se em contradição com o modelo antigo, asilar, em quatro parâmetros principais: na definição de “seu objeto” e dos “meios” teóricos e técnicos de intervenção, nas formas da organização dos dispositivos institucionais, nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população e nas implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teóricos, técnicos e ideológicos⁽⁵⁾.

Valendo-se desses quatro parâmetros, o Modelo Psicossocial propõe que fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam tomados como determinantes das doenças⁽⁵⁾. E as terapias saíam do escopo medicamentoso exclusivo, ou preponderante, e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento, sendo a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado também incluídos como agentes fundamentais do cuidado.

O cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na atenção básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade diária do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades⁽⁶⁾.

Portanto, para uma maior aproximação do tema e do entendimento sobre quais intervenções podem se configurar como de saúde mental, é necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir no manejo dessas questões. Algumas ações de saúde mental são realizadas sem que os profissionais possam dialogar com as suas práticas. Partindo desse

contexto, este estudo teve como objetivo analisar a concepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde mental com base na Política Nacional de Saúde Mental.

Materiais e Métodos

Tipo de pesquisa

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. Na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles⁽⁷⁾. E a pesquisa exploratória possui um planejamento bastante flexível e proporciona maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito e sem a preocupação de identificar uma série de fatores que irão determinar e contribuir para a ocorrência de um fenômeno⁽⁸⁾.

Local e participantes da pesquisa

A pesquisa realizou-se no Centro de Saúde da Família (CSF) Maria Eglantine Ponte Guimarães, localizado na Travessa Dom Expedito na cidade de Sobral - Ceará. Os participantes da pesquisa foram 20 profissionais da ESF (05 enfermeiras; 02 médicas; 02 odontólogos; 08 agentes comunitários de saúde; e 03 técnicas de enfermagem).

Os critérios de inclusão foram os profissionais da ESF registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e com mais de 02 (dois) anos de experiência profissional no CSF; acompanhar os usuários do atendimento de saúde mental; permitir a gravação em áudio da entrevista e a divulgação dos resultados nos meios científicos. Foram excluídos do estudo os preceptores, estagiários e profissionais de outros serviços de

assistência à saúde do CSF.

Ao verificar a disponibilidade dos participantes da pesquisa por meio de uma aceitação verbal, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS).

Procedimento de coleta e análise dos dados

Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista com o roteiro semiestruturado detalhado e organizado, com perguntas abertas, em que os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto.

As entrevistas sucederam-se de forma espontânea, com duração média de 30 minutos e executadas nos meses de julho e agosto de 2015 nas dependências do cenário de estudo, conforme a disponibilidade dos participantes. Foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra, após o consentimento dos participantes. Estabeleceu-se o anonimato, identificando-os por números naturais.

Em seguida, o processamento dos dados apresentou-se por meio da análise de conteúdo de Bardin, proposta pela professora da Universidade de Paris V Laurence Bardin. Sua definição compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens⁽⁹⁾.

O projeto desta pesquisa foi apreciado pela Comissão Científica do Núcleo de Estudos

e Pesquisas em Saúde (NEPS) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) em Sobral - Ceará, que expediu o parecer de autorização e, em seguida, efetuou-se o preenchimento e submissão dos protocolos da pesquisa na Plataforma Brasil, em que o referido projeto foi avaliado e aprovado pelo CEP do Centro Universitário UNINOVAFAPI em Teresina - Piauí, mediante o parecer consubstanciado e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE n°. 44611415.7.0000.5210.

Resultados e Discussão

Para efeito de estudo, obteve-se a participação de 20 profissionais da Estratégia Saúde da Família (05 enfermeiras; 02 médicas; 02 *odontólogos*; 08 agentes comunitários de saúde e 03 técnicas de enfermagem), com idade entre 30 a 50 anos e atuação profissional há mais de 02 anos no referido local da pesquisa.

E para a análise dos resultados, pode-se compilar em três categorias: o tipo de demanda em saúde mental vivenciada no Centro de Saúde da Família; as ações em saúde mental desenvolvidas e a importância do apoio matricial para os profissionais da Estratégia Saúde da Família. Segue a apresentação destas categorias e suas respectivas discussões:

O tipo de demanda em saúde mental vivenciada no Centro de Saúde da Família

De um modo geral, a demanda relativa à saúde mental mais frequente na realidade do Centro de Saúde da Família é a de pacientes que procuram o atendimento para renovar a receita e continuar o tratamento. Outras demandas também foram mencionadas, como o uso de álcool e outras drogas e situações constatadas como sendo de transtorno mental na área de cobertura da equipe. Contudo, a demanda pela renovação de receitas parece ser mais comum e

mais alarmante.

Vale destacar abaixo as verbalizações dos participantes:

Aparece demanda, paciente com queixa depressiva como hoje apareceu uma, que sofre angústia por perda de algum parente, paciente que faz uso crônico de medicação controlada (Participante 1).

A gente tem muitos pacientes que já vem usando medicamento há um tempo prescrito por um psiquiatra (Participante 3).

Aqui no CSF é atendida a mãe que faz uso de medicação, pois o sofrimento é o desaparecimento de um filho envolvido com drogas; mulher com câncer de mama fragilizada pelo tratamento; mulher com medo à noite; caso de maus tratos pelo marido (Participante 5).

Vem para o atendimento o homem usuário de drogas e que “ouve vozes” e quer tomar medicação psicotrópica; demanda de receita porque os remédios não estão funcionando bem e quer outro remédio mais forte (Participante 10).

Aqui sempre tem paciente da saúde mental. Eles já procuram a farmácia e querem o medicamento, já vem com a receita do psiquiatra e depois vão embora. A realidade infelizmente é esta: Eles querem somente receber as caixas de medicamentos (Participante 19).

Tentativa de suicídio por ingestão de diazepam, haloperidol ou tryptanol; homem que guarda potes de urina e lixo no quarto e quer tomar medicação para controlar as compulsões (Participante 11).

Tem demanda de laudo de psiquiatra do SUS para aposentar; vítima de estupro que tem crise de pânico e quer a medicação controlada; família que recorre ao CSF porque acha que a mãe está “doida” e precisa da medicação (Participante 17).

O modo de acolhimento da demanda em saúde mental expresso nas entrevistas indica o privilegiamento dos cuidados medicamentosos e especializados para a resolução dos problemas de saúde na população. Isto se reflete de duas maneiras: o encaminhamento da demanda em saúde mental aos serviços/profissionais especializados e a prescrição de receitas psiquiátricas.

O medicamento é visto como a principal prática terapêutica na rede pública de saúde, sendo muitas vezes considerado o único recurso disponível para aqueles que necessitam desse tipo de cuidado, tornando os usuários dependentes⁽¹⁰⁾. Esse fenômeno está relacionado ao papel privilegiado da indústria farmacêutica na atenção à saúde e à força do modelo biomédico, ainda hegemônico nas práticas de saúde.

O processo da medicalização está muito presente nos dias de hoje e ocupa um lugar importante no jogo de interesses do poder econômico. O consumo de medicamentos tem um significativo impacto na sociedade, haja vista constituir o principal meio de combate à doença na prática terapêutica atual e também por ter relevante significância em termos econômicos. Aliado a isso, existe o fato de as consultas médicas resultarem quase sempre numa prescrição, decorrente de uma visão limitada da saúde, para a qual o medicamento tornou-se a principal ferramenta⁽¹¹⁾.

Por conseguinte, deixa-se de ter uma visão ampla dos problemas e de seus determinantes, resultando numa crença generalizada de que não parece ser possível enfrentar os problemas de saúde sem a presença do arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico industrial. Com isso, o medicamento passa a estar vinculado ao bem-estar ou mesmo à qualidade de vida.

No entanto, a atenção à saúde mental reorienta-se do modelo hospitalocêntrico para o de base comunitária. A incorporação de ações de saúde mental na atenção básica contribuirá para esta transformação, oferecendo maior cobertura assistencial e potencial de reabilitação psicossocial⁽¹²⁾. Mas, para isto, é importante entender que a execução dessas ações de saúde mental requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território e resolutividade frente às questões apresentadas.

As ações em saúde mental desenvolvidas no Centro de Saúde da Família

Diante das demandas apresentadas no Centro de Saúde da Família, os profissionais de saúde, em geral, renovam as receitas psiquiátricas sem maiores questionamentos sobre essa estratégia de intervenção. É possível perceber que a concepção de ações em saúde mental está bastante compartimentalizada, com intervenções fragmentadas por especialidades.

Sendo assim, os entrevistados apresentaram estas respostas:

A gente recebe, mas geralmente se resume a paciente que já é acompanhado por um psiquiatra e vem apenas para a gente transcrever a receita (Participante 2).

Nós não temos condições de dar um suporte terapêutico, diagnóstico em saúde mental, que é uma coisa muito especializada (Participante 4).

Eu tenho várias dificuldades em desenvolver ações de saúde mental, por causa da falta de conhecimentos específicos em saúde mental, cuja nossa formação é generalista ou com especialidades em outras áreas. E assim, torna-se frágil minha participação em relação ao cotidiano das demandas de saúde mental (Participante 13).

As médicas do CSF geralmente encaminham para um especialista, porque elas não podem ficar prescrevendo esses medicamentos, né? Então tem que realmente encaminhar para um especialista. E aí elas têm feito isso (Participante 14).

Eu praticamente tenho que encaminhar para o psiquiatra, não me sinto totalmente segura para acompanhar esse tipo de paciente. Porém, eu tenho consciência do movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e o respaldo legal da Constituição e do SUS, que não é mais possível pensar na saúde de forma compartimentalizada, pois “mental” e “físico” não são dissociados (Participante 8).

Assim, eu penso que deveria ter a integralidade, mas na prática, cada profissional só faz sua especialidade e pronto. A atenção básica é responsável pela população de um território. Assim, não se pode deixar que seja responsável só por um aspecto da vida do ser humano, mas abranger tudo e ser efetivo de forma integral (Participante 12).

Tendo em vista esses relatos, percebe-se a crescente fragmentação pela qual a medicina e outras áreas da saúde passaram, levando à formação de áreas de conhecimentos distintas, com objetos de intervenção diferenciados e dificultando a produção de ações integrais em saúde mental que privilegiem a concretude da vida dos sujeitos.

A visão predominantemente fragmentada do trabalho em saúde mental, baseada nos conhecimentos especializados, propicia ainda o fortalecimento da lógica dos encaminhamentos⁽¹³⁾. No entanto, o apoio matricial vem tentar reverter essa lógica de encaminhamentos, pois essas intervenções pressupõem sempre uma lógica de hierarquização, havendo uma diferença de poder/saber entre quem encaminha e quem recebe e ainda uma transferência de responsabilidade.

A partir das entrevistas, observa-se que isso propicia e reforça a dificuldade desses

profissionais diante das demandas em saúde mental apresentadas no CSF, além da cristalização das tradicionais intervenções em saúde mental, e na saúde global, de prescrição de medicamentos e encaminhamentos. Entretanto, muitas ações podem ser desenvolvidas em parceria com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's), tais como: consulta/atendimento, trabalhos em grupo, visita domiciliar, reuniões e capacitações com todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde mental⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, para atender ao princípio da integralidade, é necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde. A integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade.

A importância do apoio matricial para os profissionais da Estratégia Saúde da Família

Em relação aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, foi possível descrever que a proposta do apoio matricial ainda não está clara e há muitas incertezas e expectativas equivocadas por parte desses profissionais. As escassas definições identificaram o apoio matricial como uma estratégia de descentralização no atendimento em saúde mental e, assim, pode-se considerar os seguintes relatos:

Então na prática, com o apoio matricial, se objetiva que a gente lide melhor com essa demanda porque serviços especializados não dão conta, então eles querem que a ESF inclua um trabalho em saúde mental (Participante 18).

Tem que ocorrer de forma contínua e sistemática o apoio matricial, pois não há articulação entre os serviços da rede básica e especializada, salvo quando se trata de alguns encaminhamentos, partindo deles para os serviços especializados. Quando acontece esse referenciamento não há acompanhamento do caso, nem retorno por parte do serviço especializado (Participante 6).

O apoio matricial é a necessidade de ter um suporte para o acolhimento em saúde mental (Participante 9).

A contribuição do apoio matricial às equipes poderia se realizar por meio da oferta

de capacitações, treinamentos e palestras na área específica de saúde mental (Participante 7).

Eu acho que deve desenvolver o apoio matricial, porque é um canal que eles, os profissionais do CAPS têm para ouvir também a gente. Eles estão vendo que na prática não é tão fácil jogar a demanda de saúde mental para a equipe da ESF sem preparo, porque na prática a gente não vai ter capacitação para atender e o próprio doente não vai querer (Participante 20).

Para ter o apoio matricial, deve ter a presença de um psicólogo por Unidade Básica de Saúde, bem como de um veículo para o transporte de usuários com transtornos mentais (Participante 16).

Esse apoio matricial deveria ser um suporte emocional para os profissionais da ESF (Participante 15).

Concernente às respostas dos participantes, verifica-se que a perspectiva de um atendimento efetivo para a demanda em saúde mental na unidade básica é vislumbrada; entretanto, a possibilidade de um trabalho articulado entre a ESF e o serviço especializado não é percebida.

Uma proposta como essa, que envolve muitos atores em sua elaboração e execução, deve ser discutida por todos os envolvidos, visto que as ações deverão ser construídas em parceria no decorrer do processo. Não se trata, portanto, apenas de tomada de decisões no nível da gestão, de forma centralizada e isolada, mas de forma compartilhada e pactuada.

Tradicionalmente, o modelo hierarquizado de atendimento em saúde produziu fragmentação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços de saúde, instituindo formas de se conceber e de se intervir nos equipamentos de saúde, repercutindo na desresponsabilização em vez de corresponsabilização entre profissionais e serviços⁽¹⁵⁾. Dessa forma, o cuidado com a demanda em saúde mental é visto como um acréscimo de trabalho e encarado como uma desresponsabilização dos serviços especializados.

Porém, a proposta do apoio matricial é articular a atenção básica e o serviço especializado, promovendo encontros de saberes que proporcionem uma atuação mais integral e menos fragmentada. Dessa forma, o CAPS, no papel de serviço especializado, não estaria desresponsabilizando-se de sua demanda, mas passando a atuar numa outra perspectiva, a de

descentralizar esse cuidado, levando-o para mais perto do usuário⁽¹⁶⁾. Os profissionais desse serviço estariam orientando e construindo, juntamente com os profissionais da atenção básica, um novo modelo de atenção, em que o maior beneficiado é o próprio usuário. Não há, portanto, um desvio e sim um compartilhamento de responsabilidades.

É um novo sistema de referência entre profissionais da ESF e usuários para a efetivação da proposta de apoio matricial, em que o paciente se utiliza de um serviço matricial e nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores⁽¹⁷⁾. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência.

Com isso, a proposta de apoio matricial faz-se a partir do movimento de um projeto terapêutico integrado entre a equipe de referência da atenção básica e a equipe de outros serviços adequados à demanda de cada caso. Nesse sentido, as intervenções seriam complementares umas às outras, de modo que os projetos terapêuticos fossem enriquecidos, utilizando-se do compartilhamento dos saberes específicos dos diversos profissionais de saúde.

Além disso, a proposta do apoio matricial busca o funcionamento efetivo da rede, em que os CAPS's deveriam atuar, no caso da saúde mental, como articulador estratégico, trabalhando em conjunto com as unidades básicas e com outros setores, sejam serviços de saúde ou outros recursos comunitários, ou seja, trata-se de mudanças de práticas e por isso produzem resistências tanto nas equipes de atenção básica quanto nas de serviços especializados.

Faz parte do imaginário social contemporâneo acreditar que a grande especialização profissional, em especial a médica, é a estratégia mais eficiente para se cuidar da saúde. Sendo assim, os profissionais dessa área vão cada vez mais restringindo seu campo de atuação, ao

mesmo tempo em que a população em geral também vai incorporando esses valores e passando a acreditar somente na atuação de um especialista.

Nesse sentido, os técnicos em saúde mental terão como tarefa, além de atuar como apoiadores, desmistificar a ideia de que só os especialistas trazem resolutividade. Pelo contrário, tem que trabalhar na perspectiva de que só a integralidade é realmente efetiva na promoção da saúde.

Considerações Finais

Considera-se que os resultados da pesquisa apontaram a preeminência do paradigma biomédico na atenção à saúde, em que se privilegiam os cuidados medicamentosos na resolução dos problemas de saúde da população, como a prescrição indiscriminada de psicotrópicos. A visão predominantemente fragmentada do trabalho em saúde, por sua vez, ancorada nos conhecimentos especializados, propicia ainda a ampliação da proposta dos encaminhamentos.

Nesse contexto, identifica-se a fragilidade no acompanhamento e dificuldades gerenciais extremas à adoção do método de trabalho do apoio matricial, como sendo uma limitação presente no SUS como um todo. A relação pontual e fracionada entre profissional/paciente nos serviços de saúde; os atendimentos que são realizados para atender uma queixa específica, sem um prosseguimento horizontal de projetos terapêuticos, os quais, por sua vez, são reduzidos à dimensão médica e, em geral, com exagerado enfoque biológico e individual.

Porém, o fortalecimento do cuidado integral pode ser realizável com o enfrentamento dessa realidade, que atravessa os tempos e a geografia e é da ordem dos afetos. A fragmentação das práticas e saberes em saúde, bem como as dificuldades vividas pelos

coletivos de trabalho em seu cotidiano está intimamente relacionada ao medo de aventurar-se em direção a algo que abale os valores vigentes, que produza instabilidade.

Referências

1. Gonçalves AM, Sena RR. Psychiatric reform in Brazil: contextualization and consequences regarding the care for the mentally ill in their family environment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. São Paulo. 2010; 9(2): 48-55.
2. Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev. SPAGESP*. São Paulo. 2011; 12(1): 66-78.
3. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2012; 20(5): 1411-1416.
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2010; 23(2): 399-407.
5. Alverga A, Dimenstein M. Salud mental en la atención básica. Construyendo La integralidad en el Sistema Unico de Salud en Brasil. *Revista Alternativas en Psicología*. México. 2010; 40(3): 67-77.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental [Cadernos de Atenção Básica, n. 34]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 176 p.
7. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
8. Gil AC. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2011.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 70. ed. São Paulo; 2015.
10. Carvalho LF, Dimenstein M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*. Natal. 2011; 9(1): 121-129.
11. Souza AMA, Braga VAB. Brazilian psychiatric reform: a lot to reflect on. *Acta Paul. Enferm*. São Paulo. 2012; 7(1): 131-142.
12. Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Users of a psychosocial care center: a study of their social outcomes about psychiatric treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. São Paulo. 2013;11(6):786-791.
13. Souza LV, Santos MA. Group process and psychologist work in primary health care. *Rev Bras Cresc e Desenv Humano*. São Paulo. 2012; 22(3): 388-395.
14. Pitta AMF. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. *Rev. SPAGESP*. São Paulo. 2013; 18(1): 70-78.
15. Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Acta Paul. Enferm*. São Paulo. 2013; 12(1): 160-172.
16. Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. *Arq. Ciênc. Saúde*. São Paulo. 2014; 15(2): 140-152.
17. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2015; 12(1): 30-43.

4.2 Produto



PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTOR:

DENILSON GOMES SILVA

ORIENTADOR:

PROF. DR. JOSÉ NAZARENO PEARCE DE OLIVEIRA BRITO

DIREÇÃO DE ARTE / DIAGRAMAÇÃO:

FERNANDO LEAL

CATALOGAÇÃO:

ANTONIO LUÍS FONSECA - BIBLIOTECÁRIO - CRB3 1035

CARTILHA EDUCATIVA DE



**ATENÇÃO À
SAÚDE
MENTAL**

Ficha Catalográfica

S548a Silva, Denilson Gomes.

Atenção à saúde mental para os profissionais da Estratégia Saúde da Família / Denilson Gomes Silva.
Teresina: Centro Universitário UNINOVAFAP, 2016.

Cartilha produzida a partir da Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família: Centro Universitário UNINOVAFAP, 2016.

1. Saúde mental. 2. Saúde da família. 3. Orientação profissional. I. Brito, José Nazareno Pearce de Oliveira. II. Título.

CDD: 610.738 122

Antonio Luís Fonseca
Bibliotecário CRB3 1035

APRESENTAÇÃO

No decorrer da história das sociedades humanas, já se ouviu falar de transtorno mental de várias formas diferentes. O indivíduo com transtorno mental já foi considerado possuído pelo diabo e a doença mental já foi considerada castigo de Deus, preguiça de trabalhar, desculpa de malandro, coisa de gente ruim, doença contagiosa e sem cura e até já se acreditou que a pessoa ficava louca por vontade própria.

Para começar, entende-se que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso, faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial na atenção básica.

O acompanhamento dos indivíduos com transtornos mentais passa a ter como proposta o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa na comunidade e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc.).

Diante do atual território da Estratégia Saúde da Família, torna-se viável que os profissionais constantemente incorporem ou aprimorem competências e habilidades no atendimento em saúde mental, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde.

Desse modo, o objetivo desta cartilha educativa é promover visibilidade das ações terapêuticas de saúde mental, contemplando as peculiaridades e complexidades da pessoa com transtorno mental.



ORIENTAÇÕES PARA AVALIAR OS USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

- 1. OBSERVE O USUÁRIO:** não bastam apenas informações da família ou algo que se ouviu dizer. Somente encaminhe uma pessoa após conversar com ela ou com algum profissional da saúde que a tenha visto, caso a primeira opção seja impossível.
- 2. SUSPENDA OS PRECONCEITOS:** saber escutar é muito importante, principalmente quando aquilo que se ouve pode mexer muito com os próprios medos e valores. Deve-se tentar colocar de lado os preconceitos para não tropeçar nos encaminhamentos.
- 3. MANTENHA SEGREDO:** o sigilo sobre aquilo que escuta do usuário, é essencial no campo da saúde mental. Há determinadas situações que podem gerar medo e vergonha, por isso, respeito é fundamental.

4. NÃO PERCA A CALMA: sempre há algo a se fazer. Peça tempo para pensar, discuta com os outros membros de sua equipe ou com um profissional da saúde mental.

5. NÃO É QUESTÃO DE TEMPO: muitas vezes, no cotidiano do trabalho pode parecer que há pouco tempo para se fazer tudo isso. Com a prática, tudo pode ser melhorado.

6. ESCUTE O USUÁRIO: para saber o que está acontecendo com o usuário, o melhor é ouvi-lo. Pergunte, peça informações quando não esclarecido. O fato do usuário sentir-se ouvido, compreendido e respeitado em suas necessidades psicossociais cria um sentimento de autoconfiança, estimulando-o a buscar soluções para seus problemas. A atenção de quem ajuda deve estar concentrada na pessoa. Um relacionamento terapêutico, ou seja, que promove mudanças desejáveis na vida de alguém que sofre, é baseado no respeito mútuo, na aceitação das diferenças, num acolher o outro, como ele é, sem rótulos, considerando sua individualidade e ajudando o usuário a caminhar numa direção que ele próprio considere mais positiva para a sua vida.

7. DADOS IMPORTANTES NA ABORDAGEM COM O USUÁRIO: antes de encaminhar o usuário para algum serviço da rede de saúde mental, deve-se ter em mente alguns pontos para facilitar o entendimento do caso:

- **Nome, sexo e idade:** como em qualquer problema de saúde, estas informações devem ser identificadas.

- **Resumo do caso:** que dados da história de vida lhe pareceram importantes? Algo desencadeou a crise atual? O problema começou de repente ou vem se arrastando? Passou por atendimento no Centro de Saúde da Família (CSF) ou em serviços de saúde mental ou internação psiquiátrica no passado? Há algum outro problema de saúde envolvido que necessite de acompanhamento médico (diabetes, hipertensão, tuberculose). Faz uso de algum medicamento clínico, neurológico ou psiquiátrico?

- **Estado atual:** aspectos da pessoa. Está triste? Angustiado? Dorme mal? Alimenta-se mal? Ameaça se machucar ou se matar ou já tentou fazer isso antes? Tem sido agressiva com as pessoas que convivem com ela? Ouve vozes ou vê coisas que ninguém mais ouve ou vê (alucinações)? Fala coisas incompreensíveis (discurso desorganizado) ou parece estar fora da realidade? Fica achando que pessoas a perseguem ou estão tramando algum plano contra ela (delírio)? Mostra-se isolada? Age de forma muito diferente das pessoas de sua convivência? Apresenta sintomas físicos aparentemente inexplicáveis, ou seja, dores, dormências que o médico não encontra a causa (somatização)? Está usando álcool ou outras drogas que possam justificar este comportamento?

- **Aspectos familiares:** a família tem importância especial no problema? O usuário fica preso em casa (cárcere privado)? Está havendo violência ou negligência? A família coopera e compreende a necessidade de uma possível avaliação do usuário em serviços de saúde? Há outros casos suspeitos de transtorno mental na família?

CARTILHA EDUCATIVA DE



**ATENÇÃO À
SAÚDE
MENTAL**

ATENÇÃO!

CASOS MENOS GRAVES DE TRANSTORNOS MENTAIS PODEM E DEVEM SER RESOLVIDOS NO AMBIENTE COMUNITÁRIO DO USUÁRIO PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, PARA O SEGUINTE PERFIL DE SITUAÇÕES:

- Queixas físicas sem explicações médicas (somatizações);
- Problemas emocionais ligados a situações diárias (perda do emprego, morte na família e outros);
- Problemas de relacionamento familiar;
- Situações de solidão e isolamento social;
- Situações relacionadas às violências;
- Abuso de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Uso crônico de benzodiazepínicos;
- Ansiedade e depressão leves ou moderadas;
- Quadros psicóticos estabilizados;
- Transtornos organocerebrais sem grave comprometimento do comportamento (epilepsias, sequelas de acidente vascular cerebral - AVC ou traumatismo craniano e/ou encefálico).

LEMBRETE: a solução pode estar na sua comunidade. Participar de um grupo na comunidade, receber visitas domiciliares regulares e promover atendimento de forma humanizada no CSF, geralmente, ajudam as pessoas a darem uma solução satisfatória à maioria dos problemas descritos acima. Procure sempre identificar recursos que a comunidade já oferece.

CARTILHA EDUCATIVA DE



**ATENÇÃO À
SAÚDE
MENTAL**

- Para as **CRIANÇAS E ADOLESCENTES**, a inserção na escola e em dispositivos que estimulem a cultura, o esporte e o lazer, são fundamentais. Todas estas ações auxiliam no desenvolvimento mental e emocional dos jovens, além de protegê-los do abuso do álcool, das drogas e da criminalidade.
- No caso dos **IDOSOS**, visitas domiciliares mais frequentes e a participação em grupos comunitários podem ser de grande ajuda, pois as situações de isolamento, solidão e abandono são intensas nessa fase da vida.
- **GRUPOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**: podem ser organizados no CSF e conduzidos por qualquer profissional da atenção básica. Esses grupos devem incluir usuários e familiares, devem estimular a troca de informações, sentimentos e experiências que melhorem o cuidado à saúde, a autonomia e a prevenção do uso abusivo de medicações psiquiátricas. Os grupos podem ser formados a partir dos problemas mentais mais comuns ou mais graves identificados pelos profissionais de saúde.

CARTILHA EDUCATIVA DE



ATENÇÃO À
SAÚDE
MENTAL

REFLEXÕES FINAIS

É certo que estas pessoas não são incapazes ou perigosas como se mostram nos filmes de ficção ou como se diz na cultura popular. Se por um lado elas precisam ser acolhidas e cuidadas em suas fragilidades e limitações, por outro, elas precisam ser estimuladas e apoiadas para desenvolver suas potencialidades e capacidades.

Se ninguém é melhor que ninguém, também não existe quem seja pior. Agir com preconceito e indiferença só contribui para um mundo desigual.

No processo de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental, preconiza-se primeiramente o seu retorno ao contexto familiar. Em muitos casos, no entanto, os vínculos familiares ou sociais destas pessoas já se perderam em razão dos anos que passaram confinadas nos hospitais.

Uma coisa é certa, nenhuma delas venceu sem o apoio dos familiares e amigos e sem o respeito às suas diferenças.



CARTILHA EDUCATIVA DE

**ATENÇÃO À
SAÚDE
MENTAL**

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental** [Cadernos de Atenção Básica, n. 34]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

**MESTRADO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**
Reconhecido pela CAPES
Modalidade Profissional

UNI
NOVAFAPÍ
CENTRO UNIVERSITÁRIO

CAPES



CARTILHA EDUCATIVA DE



**ATENÇÃO À
SAÚDE
MENTAL**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas em saúde mental no âmbito da atenção primária à saúde mostram-se como importantes meios de viabilização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, tendo-se em vista o potencial de integração dos campos sociais, a proximidade com os espaços de vida e a execução de ações voltadas prioritariamente à promoção da cidadania e a construção da autonomia da população.

Entretanto, os atendimentos de saúde mental têm sido baseados nos encaminhamentos para os demais serviços da rede de atenção, gerando assistência fragmentada e destituída de vínculo entre a clientela atendida e a equipe de saúde. Estes entraves devem-se ao pouco preparo desses profissionais para lidar com as particularidades da saúde mental, advindas desde a formação, assim como a grande demanda da clientela pela qual se responsabilizam no trabalho, restando pouco tempo para a intersetorialidade e reabilitação psicossocial dos usuários com transtorno mental.

Diante disso, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica torna-se possível proporcionar uma escuta qualificada e compartilhar a responsabilidade pela melhora da qualidade de saúde e de vida de determinada comunidade, configurando os dispositivos de atenção mais acessíveis àqueles que deles necessitam. Tais iniciativas podem construir outros modos de promover a saúde e de colocar, em prática, ainda que tardiamente, os preceitos do SUS.

Infere-se que a ESF pode amplificar o funcionamento dos CAPS's como agenciadores de novos modos de cuidado e estender a outros ambientes o compromisso pelo acompanhamento das pessoas com transtorno mental. É imprescindível uma maior participação dos gestores da saúde da família em recursos humanos e capacitação profissional, na infraestrutura e desenvolvimento do apoio matricial contextualizado com as demandas sociais.

O estudo esclareceu que o envolvimento da ESF, por si só, não será suficiente para reverter as práticas no campo da atenção em saúde mental, pois as ações não se restringem exclusivamente ao setor saúde. Vale intensificar as políticas intersetoriais, indissociáveis, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando um progresso local e redimensionando a noção de direito e cidadania. Isto remete à necessidade explicitada de construção de redes, de e entre serviços.

Estima-se pensar a Reforma Psiquiátrica como política pública de saúde, uma vez que não adianta fechar hospitais psiquiátricos sem que haja condições estruturais mínimas, como

moradia, trabalho, transporte, segurança, lazer, etc. As pessoas com sofrimento psíquico precisam de atenção no sentido mais ampliado do termo. Portanto, torna-se premente trabalhar para a efetiva implantação e implementação da rede de cuidados, no sentido do trabalho interdisciplinar e a participação da comunidade, vinculado à percepção do processo saúde e doença nos componentes subjetivos, físicos e sociais dos usuários e familiares.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A.; DIMENSTEIN, M. Salud mental en la atención básica. Construyendo La integralidad en el Sistema Unico de Salud en Brasil. **Revista Alternativas en Psicología**, México, v. 40, n. 3, p.67-77, 2010.

ALVES, D. S. **Integralidade nas políticas de saúde mental**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, p. 167-76, 2011.

AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 288-95, 2012.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2010.

BARBAN, G. E.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde do Programa de Saúde da Família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arq. Ciênc. Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 52-63, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. São Paulo, 2015.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575- 586, 2012.

BOWER, P.; SIBBALD, B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 160-172, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 72 p., 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**: Comissão de Ética e Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília DF, 12 p., 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 176 p., 2013.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 204, 55 p., Seção 1, pt1. 24 out. 2011.

CAMPOS, A. P. **Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental**: dispositivos para a desinstitucionalização da loucura. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Belo Horizonte/MG: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 123 p., 2009.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção com referenciais teóricos operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2010.

CARVALHO, L. de F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 129-138, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOMES, M. S.; MELLO, R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. **SMAD, Rev. Eletrônica**

Saúde Mental Álcool Drog, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 2-8, 2012.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R. R. Psychiatric reform in Brazil: contextualization and consequences regarding the care for the mentally ill in their family environment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2010.

JARDIM, J.; PEREIRA, A. **Competências Pessoais e Sociais**: Guia Prático para a Mudança Positiva. Porto: ASA Editores, S.A. 2011.

LEÃO, A.; BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. **Comum Saúde e Educ**, São Paulo, v. 15, n. 36, p. 137-152, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2012.

MENDONÇA, C. S. Saúde da família, agora mais do que nunca. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1493-1497, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo-SP: Hucitec, 2010.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Users of a psychosocial care center: a study of their social outcomes about psychiatric treatment. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 6, p. 786-791, 2013.

NICÁCIO, M. F. S. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. **Arq. Ciênc. Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 140-152, 2014.

PITTA, A. M. F. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. **Rev. SPAGESP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 70-78, 2013.

REIS, A. O. A. Saúde mental, democracia e responsabilidade. **Rev Bras Cresc Desenv Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 11-15, 2010.

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 e Loucura**, São Paulo: Hucitec, v. 7, n. 2, p.167-188, 2010.

SOUZA, A. C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a Saúde da Família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 703-10, 2009.

SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Brazilian psychiatric reform: a lot to reflect on. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 131-142, 2012.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 147-60, 2011.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. Group process and psychologist work in primary health care. **Rev Bras Cresc e Desenv Humano**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 388-395, 2012.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-598, 2011.

VECCHIA, M. D. A saúde mental no programa de saúde da família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 278-85, 2013.

VERGARA, S. C. **Método de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2011.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 30-43, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

TÍTULO: CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

1. Caracterização do(a) Participante da Pesquisa:
 - A) Participante N°:
 - B) Idade:
 - C) Função:
 - D) Tempo de Trabalho no CSF:
2. Quais as demandas em saúde mental que são acompanhadas por você?
3. Como você verifica o acompanhamento das demandas em saúde mental pelos demais profissionais da ESF?
4. Como você descreve as ações de saúde mental realizadas no CSF?
5. Na sua concepção, quais as estratégias utilizadas para a execução das ações de saúde mental no CSF?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAP PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisador Responsável: Denilson Gomes Silva

Pesquisador Participante: Prof. Dr. José Nazareno Pearce de Oliveira Brito

Este é um convite especial para você participar voluntariamente do estudo **“CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA”**. Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo.

A pesquisa nesse cenário psicossocial torna-se relevante visto que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como um de seus princípios viabilizar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, proporcionando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer os estilos de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como as representações sociais do cotidiano de suas áreas.

Os objetivos do estudo serão: analisar a concepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde mental com base na Política Nacional de Saúde Mental e elaborar uma cartilha de atenção à saúde mental que contemple as peculiaridades e complexidades da pessoa com transtorno mental.

Este trabalho será desenvolvido por meio de entrevista espontânea, com roteiro semiestruturado com os profissionais da ESF, para obter dados concretos sobre os objetivos da pesquisa. As informações obtidas serão gravadas, confidenciais e em qualquer momento que o profissional da ESF preferir não participar ou deixar de participar do estudo, tal atitude será compreendida pelo pesquisador.

Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir com a divulgação dos resultados para a comunidade científica numa perspectiva de redimensionamento acerca das ações de saúde mental na atenção primária à saúde. As informações e orientações relacionadas com essa temática são relevantes e valorizadas no atual contexto de saúde da família. Os procedimentos implicarão em risco mínimo, pois o participante fica à vontade para responder ou não e a sua identificação será por números naturais.

Todos os participantes deste estudo estão isentos de qualquer custo. A sua participação é voluntária e você terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento para você.

As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Sua identificação será mantida sob sigilo.

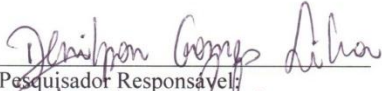
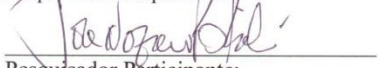
Você pode fazer todas as perguntas que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo. Foi informado(a) que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética

em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI e que no caso de qualquer problema ou reclamação em relação à conduta dos pesquisadores poderei procurar o referido comitê.

Diante do exposto, eu, _____
Abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa acima descrita. Declaro que fui informado sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e somente os pesquisadores, terão acesso aos nomes dos participantes da pesquisa. Entendo também, que tenho direito de receber informação adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador e/ou orientador da pesquisa. Fui informado, ainda, que a participação é voluntária e se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo a qualquer momento, os pesquisadores compreenderão a opção. Declaro, não possuir nenhum grau de dependência com os pesquisadores envolvidos e, portanto, não me sinto pressionado de nenhuma maneira a participar desta pesquisa, que compreendi tudo o que foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento.

Sobral, _____ de _____ de 2015.

Participante da Pesquisa
RG:


Pesquisador Responsável:

Pesquisador Participante:

Contatos:

Pesquisador Responsável: (86) 9962-9106

Pesquisador Participante: (86) 9496-2215

CEP UNINOVAFAPI

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 Bairro Uruguai CEP: 64073-505

Teresina - Piauí E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Tel: (86) 2106-0738

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA DE SOBRAL SECRETARIA DA SAÚDE COMISSÃO CIENTÍFICA

PARECER PROTOCOLO Nº 0031/2015

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia da pesquisa classificada como Projeto de Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família ofertado pelo Centro Universitário – UNINOVAFAPI, Teresina-PI, desenvolvido pelo pesquisador Denilson Gomes Silva sob orientação do Prof. Dr. José Nazareno Pearce de Oliveira Brito.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização do estudo no Centro de Saúde da Família Maria Eglantine, a partir de prévia pactuação entre o pesquisador, a gerência do serviço e todos os participantes envolvidos quanto a definição do espaço e escolha dos melhores horários para realização da pesquisa.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga o pesquisador de solicitar anuência a cada um dos profissionais do Centro de Saúde da Família eleito, devendo estes serem convidados a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição co-participante, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Ressalta-se ainda que é de responsabilidade do pesquisador encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa após no máximo 60 dias da sua conclusão.

Código de Validação: PP74641428329516F

*Emitido em: Sobral, 06 de Abril de 2015, às 11:11, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço sicc.uvanet.br/validacao, através das informações acima.*



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

Sobral, 06 de Abril de 2015

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP74641428329516F

Emitido em: Sobral, 06 de Abril de 2015, às 11:11, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço sicc.uvanet.br/validacao, através das informações acima.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Denilson Gomes Silva

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 44611415.7.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.415.624

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e com abordagem qualitativa. Esta pesquisa será desenvolvida por meio de entrevista espontânea, com roteiro semi estruturado com os profissionais da ESF, para obter dados concretos sobre os objetivos da pesquisa. Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir através de ações educativas que beneficiem a melhoria da qualificação dos profissionais da ESF, bem como um protocolo de acompanhamento para os usuários do atendimento de saúde mental na ESF.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Analisar a concepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde mental na atenção básica com base na Política Nacional de Saúde Mental.

Secundário: Elaborar uma cartilha de atenção à saúde mental para os profissionais da Estratégia Saúde da Família que contemple as peculiaridades e complexidades da pessoa com transtorno mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Todos os riscos e benefícios foram relatados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância e pertinente, a saúde mental é um dos maiores problemas de saúde

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai **CEP:** 64.073-505
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 **Fax:** (86)2106-0740 **E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br


Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.415.624

pública atual e associada à prática dos profissionais de saúde, em especial uma categoria que cuida das pessoas com esse distúrbio é importante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda ao protocolo de pesquisa referente a mudança do título e dos objetivos foi aprovada porque está de acordo com a Res. 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UNINOVAFAPÍ considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_651571 E3.pdf	26/01/2016 15:54:03		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Roteiro de Entrevista da Pesquisa.APÊNDICE A.docx	03/05/2015 19:51:21		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE.pdf	03/05/2015 19:50:22		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta de Anuência.pdf	03/05/2015 19:50:00		Aceito
Outros	CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA.pdf	03/05/2015 19:48:31		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.pdf	03/05/2015 19:47:31		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.jpg	03/05/2015 19:46:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.2.jpg	03/05/2015 19:37:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.1.pdf	03/05/2015 19:37:03		Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Página 03

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.415.624

Ausência	TCLE.1.pdf	03/05/2015 19:37:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Denilson.ProjetoPesquisaCEP..docx	03/05/2015 19:24:14		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (José Nazareno Pearce de Oliveira Brito).pdf	21/04/2015 14:21:40		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Denilson Gomes Silva).pdf	21/04/2015 14:18:28		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

TERESINA, 19 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br