

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 02. SUPLEMENTO 2 . JULHO 2019 | ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE



RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 02. SUPLEMENTO 2. JULHO 2019 | ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482 |

CURITIBA (PR)

2019 Escola de Saúde Pública do Paraná



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Rua Dante Romanó, 120 – Taramã

Curitiba (PR) – CEP:82821-016

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

Tiragem: 3.000 exemplares

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

ISSN IMPRESSO 2595-4474 | ISSN ONLINE 2595-4482

Disponível também em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – Brasil.

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. – v. 2, supl. 2 (jul. 2019). – Curitiba : SESA/ESPP, 2019.

129p. : il.

Semestral
Suplemento para o Curso de Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

ISSN impresso 2595-4474
ISSN online 2595-4482

1. Saúde Pública. I. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná.
CDD 614.098162

Bibliotecário responsável: **Tiago Pereira Nocera CRB 9/1878**

EDITORA-CHEFE Ana Lúcia Nascimento Fonseca (Escola de Saúde Pública do Paraná) **EDITOR ASSOCIADO** José Carlos da Silva de Abreu (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná) **CORPO EDITORIAL** Célia Maria Borges da Silva Santana (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco), Denise Xavier Messias (Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior), Domicio Sá (Fiocruz-PE), Giseli Cipriano Rodacoski (PUCPR), João José Batista de Campos (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva-INESCO), José da Paz Oliveira Alvarenga (Universidade Federal de Pernambuco), Julia Valeria Ferreira Cordellini (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba), Márcio José de Almeida (Faculdades Pequeno Príncipe), Neuza Buarque (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco), Rosa Maria Pinheiro Souza (ENSP/FIOCRUZ), Sérgio Túlio Stinghen (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná), Solange Rothbarth Bara (Escola de Saúde Pública do Paraná). **EDITORA ADMINISTRATIVA** Aline Rossi Ribeiro.



A Revista de Saúde Pública do Paraná conta com o apoio do INESCO, por meio do Convênio 039/18 assinado entre o INESCO e a Secretaria de Estado da Saúde

INDEXADA EM:



ASSOCIADA À:



OS CONCEITOS EMITIDOS NOS MANUSCRITOS SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO (S) AUTOR(ES), NÃO REFLETINDO OBRIGATORIAMENTE A OPINIÃO DA REVISTA

SEMESTRAL. **REVISÃO ORTOGRÁFICA:** MARIA CHRISTINA RIBEIRO BONI. **REVISÃO DE INGLÊS:** DENISE RODRIGUES
PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO: VISUALITÀ CASA DE DESIGN

Política editorial vigente

Trata-se de publicação periódica institucional da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), por meio da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) com objetivo ser um veículo de comunicação científica de informação especializada em saúde pública, saúde coletiva e educação em saúde. Preferencialmente, a revista publicará trabalhos originais que abordem problemas e assuntos relativos à estes temas no âmbito do Paraná.

Missão

Publicar contribuições sobre os aspectos relacionados aos problemas de saúde da população e sobre a organização dos serviços e sistemas de saúde, bem como áreas correlatas. Busca também ser espaço para interlocução de experiências entre as instituições que compõe o Sistema de Saúde no Paraná.

Público-alvo

Servidores e dirigentes dos serviços de saúde que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando que o compartilhamento de informações científicas nas diversas vertentes da saúde pública e coletiva possam gerar conhecimento que auxilie nas tomadas de decisão, inovação e melhoria nos processos de trabalho. Também procura atingir acadêmicos, professores e pesquisadores, com o intuito de fomentar a pesquisa e inovação em saúde no Estado.

Escopo

A Revista de Saúde Pública do Paraná publicará trabalhos originais que estejam de acordo com os parâmetros éticos de autoria em sua produção. Sua submissão implica em transferência dos direitos autorais da publicação digital e impressa e a não observância desse compromisso submeterá o infrator a sanções e penas previstas na Lei de Proteção dos Direitos Autorais (Número 9.610, de 19/02/98).

A revista publica, em cada edição, um mínimo de 50% de trabalhos originais. Serão publicados trabalhos nas seguintes modalidades: Artigos Originais, Artigos de Revisão de Literatura, Resenhas de Livros, Comunicações Breves e Relatos de Experiência. Também serão publicadas cartas ao editor, entrevistas e comentários sobre aspectos relevantes da saúde pública. A submissão ocorrerá exclusivamente por meio do sistema OJS (Open Journal Systems) e estará sujeita a avaliação de seu mérito científico por pares (*peer review*).

Periodicidade e distribuição

Publicada semestralmente, a revista tem como princípio de distribuição de sua versão eletrônica o acesso aberto, ou seja, fornece acesso livre e imediato ao seu conteúdo. A versão impressa é distribuída gratuitamente entre gestores, professores, pesquisadores e alunos que atuam na saúde pública do Estado.

Avaliação pelos pares

A revista é constituída de corpo editorial científico constituído de especialistas em áreas que envolvem a promoção da saúde pública e coletiva, com participação na academia, garantindo o rigor científico das informações por ela veiculadas. Compõe-se de Editor Científico, Editor Associado e outros responsáveis pelos conteúdos publicados e pelo respaldo técnico-científico à publicação. Além disso, compõem a estrutura da revista membros pareceristas, especialistas em vários campos da saúde pública, que participam da avaliação pelos pares. A avaliação será na modalidade duplo-cega. O processo de submissão de trabalhos será realizado através de chamada pública, a ser publicada na edição anterior, no site oficial da Escola de Saúde Pública do Paraná (www.escoladesaude.pr.gov.br) e na plataforma da revista no sistema OJS (<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>).

Sumário

APRESENTAÇÃO 07

EDITORIAL 09

ARTIGOS ORIGINAIS

PROPOSTAS DE AÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO EM UMA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Raquel Pinheiro Niehues Antoniassi, Giseli Cipriano Rodacoski, Flávia Caroline Figel	11
DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA Andressa Costa da Cunha, Alexandre Carvalho Gliosci, Marcio José de Almeida, Giseli Cipriano Rodacoski	26
USO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA Hamilton de Oliveira Minas, Giseli Cipriano Rodacoski, Stélios Sant'Anna Sdoukos	38
VISIBILIDADE DO RISCO PSÍQUICO EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA Isabel Cristina Soder, Inês Terezinha Pastório, Giseli Cipriano Rodacoski	47
GRUPOS BALINT-PAIDÉIA: UMA CLÍNICA REFLEXIVA PARA AS EQUIPES DE AP NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL Maïke Bruinjé, Deivisson Vianna Dantas dos Santos	53
REDE DE CUIDADOS NO SUS E SUAS: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL Viviane Genovezzi Salatiel, Regina Coeli Lise	66
AMPLIAÇÃO DAS ATIVIDADES DAS EQUIPES NASF-AB EM SAÚDE MENTAL Rosana Schiffer Cury, Giseli Cipriano Rodacoski, Christiane Luiza Santos	76
A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA JUNTO AO INTERDITO COM SOFRIMENTO PSÍQUICO Rosângela Aparecida Pereira, Inês Terezinha Pastório, Giseli Cipriano Rodacoski	92
CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA ABORDAGEM DE PACIENTES USUÁRIOS DE DROGAS NA PERSPECTIVA DA REDUÇÃO DE DANOS Leila de Fátima Machado, Giseli Cipriano Rodacoski, Pablo Guilherme Caldarelli	100

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE PARA ACOLHIMENTO DE PACIENTES EM SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE
NOVA ESPERANÇA

Anelise Ardengue Dias, Clodoaldo Penha Antoniassi 113

DIRETRIZES PARA AUTORES..... 125

Apresentação

O Curso de Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde é uma proposta pedagógica para o desenvolvimento de novas competências profissionais e para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental no Estado. A oferta deste curso no Estado tem origem na análise da situação atual nos serviços e nas demandas das Conferências Estaduais de Saúde que apontam limites para a implementação da Reforma Psiquiátrica principalmente no que diz respeito à capacidade da Atenção Primária em responsabilizar-se pela coordenação da linha de cuidado em saúde mental.

O objetivo com o Curso é aproximar os diversos núcleos de saberes acerca da saúde mental e o campo da saúde coletiva, ampliando as interfaces multiprofissionais e comunitárias, para intervenção na atenção primária. Ao final do curso o aluno deverá ser capaz de identificar necessidades e recursos territoriais, planejar e implementar ações de saúde, considerando a necessidade do usuário em seu contexto familiar e comunitário como norteador dos processos de cuidado em projetos terapêuticos inovadores.

Membros do Conselho Estadual de Saúde, profissionais da gestão, educação e assistência de todas as Regionais de Saúde do Estado foram convidados para a discussão acerca da intencionalidade pedagógica e elaboração do conteúdo programático em Oficinas que aconteceram na Escola de Saúde Pública. Desde 2015 até agora já foram ofertadas 200 vagas em 5 turmas que aconteceram nas cidades de Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel. O Curso segue com proposta de ofertas regulares de turmas descentralizadas. As primeiras ofertas foram nas cidades sede das Macrorregionais do Estado e a proposta atual é de oferta na Regionais de Saúde. A interiorização na oferta de turmas é uma ação estratégica da Escola de Saúde Pública para minimizar a evasão de alunos.

Os alunos são selecionados por meio de edital público, assim como o corpo docente que passa por um processo de alinhamento pedagógico-institucional com o objetivo de integrar o conhecimento técnico e científico com os processos de trabalho preconizados pela Rede de Atenção à Saúde Mental no Estado.

A Carga Horária total do Curso é de 400 horas em 5 módulos:

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

GESTÃO DO CUIDADO

GESTÃO DE CASO

OBSERVATÓRIO EM SAÚDE MENTAL

ELABORAÇÃO DE PROJETO APLICATIVO – Módulo Transversal

Os Projetos Aplicativos são produtos da problematização da situação atual nos serviços onde os alunos atuam que ao longo do curso são orientados a planejar intervenções fundamentadas teórica e tecnicamente para a transformação da situação atual em direção à situação desejada. Os Projetos são apresentados publicamente, ao longo do curso, estimulando o debate com toda a comunidade acadêmica, colegas dos serviços e membros do controle social.

Os trabalhos publicados neste número são exemplo das produções dos alunos, seus orientadores e coordenadores. Os resultados esperados para a comunidade são em ter estes projetos implementados por todos aqueles locais que se identificarem com a situação problema apresentada. A Coordenação Estadual de Saúde Mental da SESA/PR oferece apoio aos coordenadores regionais que queiram implementar os projetos elaborados pelos alunos nas suas regiões, colaborando nas adequações necessárias. Desta maneira, todos podem se beneficiar com este curso e não apenas os alunos egressos.

A Escola de Saúde Pública do Paraná – Centro Formador de Recursos Humanos (ESPP-CFRH) e a SESA esperam que os resultados se voltem para a consecução e fortalecimento de sistemas e serviços de saúde prestados no SUS, que integram a Rede de Atenção à Saúde Mental na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da Saúde Mental.

ANA LÚCIA NASCIMENTO FONSECA
Editora-chefe

GISELI CIPRIANO RODACOSKI
Coordenadora do Curso de Saúde Mental na
Atenção Primária à Saúde

Atenção Psicossocial no Paraná

O Governo do Paraná com a Rede de Atenção Psicossocial busca promover o cuidado integral às pessoas com sofrimento, transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de drogas em todo o Estado.

A SESA/PR continua atuando para estimular a criação de políticas municipais em consonância com a Reforma Psiquiátrica brasileira e articula as negociações regionalizadas, fiscaliza e oferece suporte técnico às equipes municipais, com ações estruturadas a partir da realidade regional e macrorregional.

As famílias paranaenses encontram apoio nos diversos pontos de atenção da rede de saúde mental, como as Unidades de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Unidades de Acolhimento, Serviços Integrados de Saúde Mental – SIMPR e, se necessário, nos hospitais com leitos psiquiátricos.

O Serviço Integrado de Saúde Mental é um ponto de atenção diferenciado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que conta com atendimento multiprofissional, atuação regional, plantão 24 horas, e, quando necessário, oferece moradia temporária, conforme indicação da equipe de saúde.

Devido à transversalidade e complexidade do campo da saúde mental, algumas estratégias são importantes para promover o cuidado integral do usuário, desde a Atenção Primária à Saúde –APS, com as Unidades de Saúde/Equipes de Saúde da Família, Núcleos Ampliados de Saúde da Família, Grupos de Ajuda Mútua, Consultórios na Rua e Academias da Saúde, que desenvolvem seu trabalho articulados com as associações, centros de convivência e espaços religiosos. Na Atenção Secundária, os cidadãos podem contar com os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, Unidades de Acolhimento / Serviços de Atenção em Regime Residencial e Centros de Especialidades. E, ainda, com os hospitais gerais e hospitais especializados em psiquiatria.

Em razão do Dia Nacional de Luta Antimanicomial (18 de maio), o Brasil retoma a discussão dos rumos da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental, que precisa de maiores investimentos, ampliação do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e equipes habilitadas para o acolhimento das pessoas e familiares que sofrem com os transtornos mentais.

Já no Paraná foi lançada a Campanha “Junho: Paraná Sem Drogas”, instituída pela Lei Estadual 19.121/2017, para alertar sobre o número alarmante de 5.928 internamentos causados por drogas em 2018 no Estado, esclarecer a população sobre os riscos do uso e abuso de álcool e outras drogas e incentivar a busca de orientação e tratamento disponível na rede pública de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, em relação ao número de dependentes químicos, a prevalência é de 6% da população geral de determinado território. Desta forma, governo e sociedade civil têm muito o que fazer, na perspectiva da prevenção de problemas mentais e promoção da saúde e da vida.

MARIA GORETTI DAVID LOPES

Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

PROPOSTAS DE AÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO EM UMA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Action proposals of the suicide prevention and postvention committee of the Municipal Health Secretary

Raquel Pinheiro Niehues Antoniassi¹, Giseli Cipriano Rodacoski², Flávia Caroline Figel³

1. Psicóloga Clínica na SPES Psicologia e Essentia Clínica de Psiquiatria e Psicoterapias, Membro da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS) e do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR, Professora do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9223-0078>
2. Psicóloga na PUCPR: SEAP – Serviço de Apoio Psicopedagógico; Docente na Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba-PR. Mestre em Educação, Doutora em Biotecnologia - linha de pesquisa: Ensino na Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>
3. Psicóloga, Equipe técnica de coordenação da Rede de Atenção à Saúde Mental – SESA – Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9986-6813>

CONTATO: Raquel Raquel Pinheiro Niehues Antoniassi | Rua Marechal Deodoro, 489 | apto. 601 | Zona 07 | Maringá | PR | E-mail: raquel@spespsicologia.com.br

COMO CITAR Antoniassi RPN, Rodacoski GC, Figel FC. Propostas de ações do comitê de prevenção e posvenção do suicídio em uma Secretaria Municipal de Saúde. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Jul.;2(Supl 2):11-25.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO Este relato de experiência se refere a um projeto aplicativo que objetivou apresentar propostas de ações a serem colocadas em prática a partir da implantação e sistematização do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio de Maringá-PR, com ações que contemplam as diferentes modalidades de Prevenção do Suicídio: universal, seletiva e indicada. Alguns dos resultados parciais incluem a Elaboração do Plano de Ação do Comitê, Capacitação em Prevenção e Posvenção do Suicídio, Elaboração de Boletim Informativo, atividades no Setembro Amarelo, organização da Rede de Referência para os casos de Comportamento Suicida, organização do Protocolo de Referência e Contra-Referência de Atendimento aos Casos de Comportamento Suicida, monitoramento dos dados epidemiológicos de Maringá, apoio à implantação do CVV, além de outros. Tais resultados são o início de um trabalho que pretende ter um maior alcance, fortalecendo a rede de referência para o cuidado dos usuários com comportamento suicida e seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio. Saúde Mental. Transtornos Mentais Graves. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This experience report refers to an application project that aimed to present proposals for actions to be put into practice stemming from the implementation and systematization of the Suicide Prevention and Postvention Committee of Maringá-PR, with actions contemplating the different modalities of Suicide Prevention: universal, selective and indicated. Some of the partial results include the Elaboration of the Committee's Action Plan, Training in Suicide Prevention and Postvention, Elaboration of the Information Bulletin, activities in the Yellow September, organization of the Reference Network for Suicide Behavior cases, organization of the Reference and Counter-Reference Protocol for Responding to Cases of Suicidal Behavior, monitoring of the epidemiological data from Maringá, support to the implantation of CVV, among others. These results are the beginning of a work that intends to have a greater reach, strengthening the reference network for the care of users with suicidal behavior, and of their relatives.

KEYWORDS: Suicide. Mental Health. Mental Disorders. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Considerando que o encaminhamento de pessoas para atendimento psicológico manifestando ideação suicida e/ou tentativa de suicídio no contexto da saúde pública constitui-se em uma constante na prática de trabalho faz-se necessária a discussão e compreensão deste fenômeno para fins de articulações de possíveis formas de intervenção efetivas sobre tal demanda.

O suicídio consiste em um ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo, em cuja

ação a pessoa tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é o esperado, independente do meio que o utiliza para tal¹. Representa um sério problema de saúde pública, uma vez que sua taxa de mortalidade aumentou 60%, situando-se entre as 10 causas mais frequentes de morte².

No que diz respeito especificamente ao Brasil, é o quarto país latinoamericano com o maior crescimento no número de suicídios entre 2000 e 2012. Em 2013, foram oficialmente

registradas 9.852 mortes por suicídio, o que representa uma média de 27 mortes por dia no país. Isto sem mencionar os casos subnotificados, o que é extremamente comum³.

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou o 1º Boletim Epidemiológico do Suicídio, o qual apresenta aumento nas taxas de mortalidade por suicídio nos períodos de 2011 a 2016, em que essa é a 4ª maior causa de morte entre pessoas na faixa etária de 15 a 29 anos de idade, sendo a 3ª maior entre homens e a 8ª maior entre mulheres. A partir de tal mapeamento epidemiológico, foi lançada uma Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio, visando a qualificação da assistência e do sistema de notificação de casos⁴.

Dentro do contexto de subnotificação, faz-se de suma importância considerar os dados epidemiológicos relativos às tentativas de suicídio. Embora não haja um registro de abrangência específico acerca deste fenômeno, estima-se que superam significativamente o número de suicídios. Deste modo, é necessário o acompanhamento de tais casos, uma vez que uma tentativa prévia de suicídio constitui-se no principal fator de risco para sua concretização. Isto porque após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que somente 28 países possuem uma estratégia nacional de prevenção de suicídios, sendo que o Brasil não é um deles⁵. Em 2005, o Ministério da Saúde iniciou um processo de elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, que não resultou na elaboração final do mesmo até hoje, porém, culminou na Portaria nº 2.542 de 22 de dezembro de 2005, a qual instituiu grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar uma estratégia nacional de prevenção de suicídio e, posteriormente, na

Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, na qual foram instituídas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, que ressaltam o alto nível epidemiológico de registro de suicídio e tentativas de suicídio em todo o país⁶.

Em comemoração ao Setembro Amarelo, campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio e valorização da vida, foi realizada em 2015, nos serviços de saúde pública de Maringá, uma Capacitação em Medidas de Prevenção e Posvenção do Suicídio para cerca de 150 funcionários, majoritariamente psicólogos e assistentes sociais da rede municipal de saúde. Como resultado deste encontro, foi possível perceber a carência destes profissionais de informações teóricas e práticas acerca da avaliação e manejo nestes casos, o que ficou evidenciado pela ativa participação destes ao longo da capacitação, além das requisições posteriores de que tal curso fosse ampliado ofertado para outros profissionais e outras instituições vinculadas à rede municipal de saúde.

A partir disto, foi proposta à Secretaria Municipal de Saúde, a criação do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio, o qual, diante da demanda observada e, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, foi implantado em novembro de 2015 com o principal objetivo de gerenciar e direcionar as ações de prevenção e posvenção do suicídio no município de Maringá.

Considerando tais aspectos, o presente relato de experiência se refere a um projeto aplicativo e teve como objetivo apresentar propostas de ações a serem colocadas em prática a partir da implantação e sistematização do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio de Maringá-PR.

ANÁLISE SITUACIONAL

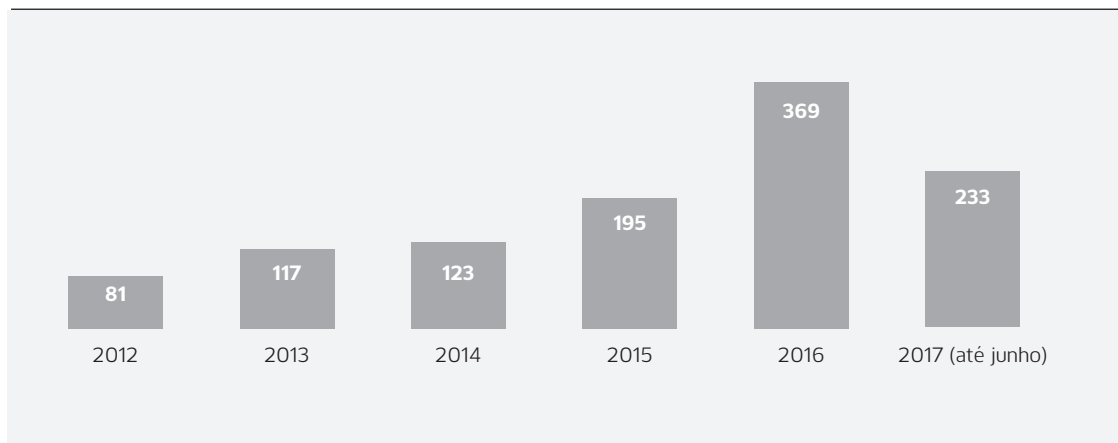
A cidade de Maringá possui uma área equivalente a 487,052km², constituindo-se no terceiro maior município do Estado do Paraná, sendo a sétima cidade mais populosa da Região Sul do país. A população de Maringá em 2017 era estimada em 406.693 pessoas⁷.

Maringá possui a cobertura de 74 Equipes de Saúde da Família (ESF) alocadas em 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Rede de Saúde Mental em Maringá conta com psicólogos em todas as UBS que realizam atendimentos individuais e em grupo, profissionais nas equipes do NASF, um serviço de Emergência Psiquiátrica Pública com 26 leitos psiquiátricos em hospital geral, um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad II), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Canção), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), duas Residências Terapêuticas masculina e uma feminina. Em maio de 2015 foi inaugurado o Complexo Maringaense de Saúde Mental, alocando os serviços especializados em prédio

próprio (CAPSIII, CAPSad e CAPSi). O CAPSIII iniciou o atendimento 24 horas no início de agosto de 2017, com 12 leitos de acolhimento aos pacientes com transtornos mentais e dependência química em crise, proporcionando maior oferta de tratamento extra-hospitalar. O município ainda possui uma equipe do Consultório na rua que integra a atenção básica, promovendo atenção integral à população em situação de rua com equipe multiprofissional.

Os os dados epidemiológicos referentes à violência autoprovocada, no ano de 2016, reportam a notificação de 369 casos de violência autoprovocada, ou seja, de ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, sendo que destas 135 (37%) foram de homens e 234 (63%) foram de mulheres, conforme gráfico publicado pelo Boletim Epidemiológico do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá⁸. A faixa etária com maior frequência de ocorrência de comportamento suicida em 2016 foi entre os adultos jovens, dos 20 a 34 anos de idade.

Gráfico 1. Evolução da violência autoprovocada em Maringá



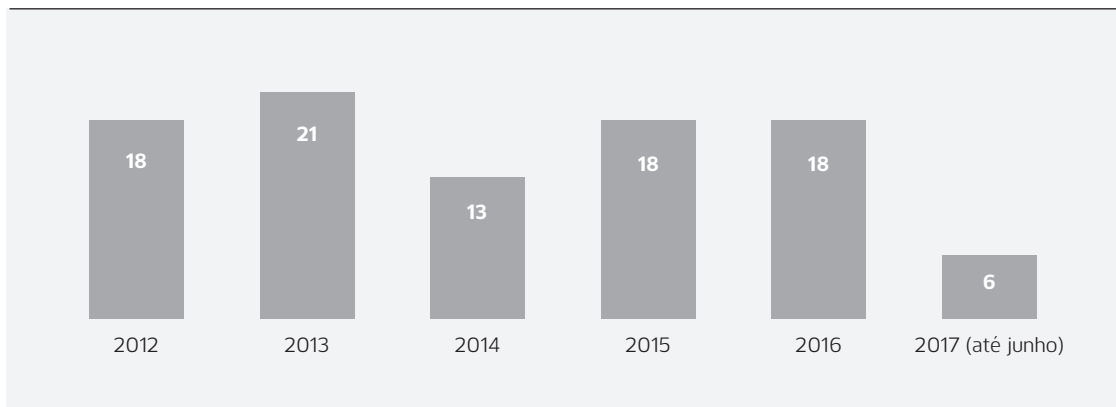
Fonte: Boletim Epidemiológico do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

No que diz respeito a mortes por suicídio no município, em 2016 foram notificados 18 óbitos (mesmo número notificado no ano anterior), sendo 11 homens e 7 mulheres. Ao longo dos últimos anos, a evolução deste dado pode ser identificada no Gráfico 2.

Apesar da importância destes dados para

o mapeamento do fenômeno do suicídio no município de Maringá, devemos considerar ainda a questão da subnotificação dos casos de comportamento suicida, o que pode indicar um dado ainda mais alarmante por trás dos números aqui apresentados.

Gráfico 2 Evolução de óbitos por suicídio em Maringá



Fonte: Boletim Epidemiológico do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.

JUSTIFICATIVA

Considerando o aumento da incidência de tentativas de suicídio e demanda de atendimento para pacientes com comportamento suicida na cidade de Maringá-PR, verifica-se a necessidade de ações a serem colocadas em prática a partir do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio de Maringá-PR, a qual sistematize e oficialize os principais focos de atuação a serem considerados por gestores para tomadas de decisão no que tange à temática proposta.

OBJETIVOS

GERAL

- Propor ações a serem colocadas em prática a partir da implantação e sistematização do Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio de Maringá-PR.

ESPECÍFICOS

- Sensibilizar e capacitar a rede de saúde pública municipal sobre o suicídio e mecanismos de prevenção e posvenção deste fenômeno;
- Organizar a rede de referência para o atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários e familiares;

- Monitorar os dados epidemiológicos de suicídio no município de Maringá e contrareferenciá-los para busca ativa nas UBS e/ou outras unidades de atendimento em saúde mental;

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A. SUICÍDIO: CARACTERÍSTICAS E DETERMINANTES

Embora o conceito de suicídio pareça relativamente simples, sua definição ainda acarreta em divergências¹. O conceito que, segundo o autor, é adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é que tal fenômeno consiste em

Ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo, ou em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado¹

O autor enfatiza ainda que, do ponto de vista fenomenológico, o suicídio refere-se a um processo que tem início com pensamentos ou ideias sobre a própria morte (ideação suicida), as quais podem adquirir um caráter mais persistente ou recorrente e, desse modo, evoluir para um plano (plano suicida) e, então, partir para o ato suicida que, o qual pode (suicídio) ou não (tentativa de suicídio) resultar em morte. Desse modo, ao falar sobre comportamento suicida, pode-se designar a qualquer um dos momentos deste processo.

Shneidman⁹, considerado o pai da suicidologia, ou do estudo do comportamento suicida, define suicídio como sendo o ato consciente de autoaniquilação induzida,

podendo ser compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema.

Existem dois fatores que devem ser considerados quando se trata de um ato que leva à morte: letalidade e intencionalidade¹⁰:

Se o primeiro constructo parece evidente em função da escolha do método utilizado e da possibilidade de levar a cabo, o segundo remete para as profundezas dos mecanismos da mente, quiçá para aspectos também mais filosóficos.

Neste sentido, a questão da intencionalidade é um fator de suma importância para a compreensão do comportamento suicida, principalmente por envolver um aspecto absolutamente subjetivo quanto à sua intenção, ou seja, qual resultado buscava produzir, no momento do ato suicida.

O suicídio é um fenômeno cuja natureza é multidimensional e, desse modo, abrange aspectos da ordem genética, sociocultural, traços de personalidade, experiências de vida (positivas ou negativas) e história psiquiátrica¹.

Neste sentido, o autor reforça a importância de considerar que poucas vezes é possível atribuir um porquê linear para um fenômeno como o suicídio, visto este envolver uma multicausalidade. Isto significa que mais de um fator, ou mesmo vários deles, podem contribuir para a ocorrência do suicídio.

O suicídio é um comportamento multifatorial e multideterminado resultante de uma complexa teia de fatores de risco e de fatores protetores que interagem de uma forma que dificulta a identificação e a precisão do peso relativo de cada um deles¹.

Desta maneira, para que seja possível

compreender de modo adequado a ação de tais fatores, o autor afirma que podemos falar em fatores de risco para suicídio, que podem ser subdivididos em *fatores predisponentes e fatores precipitantes*¹.

Os fatores predisponentes, ou distais, são aqueles que encontram-se a partir de uma linha do tempo, distantes do evento do suicídio, e podem ser: genótipo, história familiar, função serotoninérgica, reguladores neuroquímicos, características demográficas, fisiopatologia, transtornos mentais, perfil de personalidade, história de abuso (físico, moral e sexual), doenças físicas graves e/ou incuráveis, doenças neurológicas, tentativas prévias de suicídio¹.

O autor¹ compreende ainda que, por sua vez, os fatores precipitantes, ou proximais, referem-se àqueles passíveis de identificação em um momento próximo ao suicídio, que acarretaram em sofrimento intenso, tais como: desesperança, intoxicação por substâncias psicoativas, impulsividade/agressividade, expectativas negativas, dor crônica intensa, vergonha/humilhação pública, fácil acesso a meios de suicídio, fracasso marcante, perdas importantes (físicas, afetivas, morais), piora irreversível de doença anterior/estágio terminal.

Considerando ainda os fatores de risco para suicídio, Botega¹¹ entende que pessoas que tenham sido expostas às circunstâncias específicas (fatores de risco) constituem a formação de um grupo de risco devido a ter maior probabilidade de desenvolver uma dada doença ou condição clínica. Fica claro, portanto, tal como explicitado pelo autor, que a natureza dos fatores de risco para o suicídio é muito variável, na medida em que

há influência da genética, elementos da história pessoal e familiar, de fatores culturais

e socioeconômicos, de acontecimentos estressantes, de traços de personalidade e de transtornos mentais¹¹.

Ainda de acordo com o autor:

Alguns fatores constituem características pessoais imutáveis e, embora não possam ser objeto de ações clínicas ou preventivas, são, na prática, importantes sinalizadores de risco de suicídio (por exemplo, sexo, história de abuso sexual ou de tentativa de suicídio). Outros fatores, como transtornos mentais, estados emocionais e acesso a meios letais, podem ser modificados, tornando-se alvo tanto da atenção clínica dirigida a um paciente quanto das estratégias de prevenção¹¹.

Os autores¹¹¹ concordam que o suicídio é multideterminado por um conjunto de fatores de diferentes naturezas, externos e internos ao indivíduo, que se combinam de modo complexo e variável. Os fatores de proteção do suicídio, por outro lado, são mais complexos em sua definição, e são ainda mais difíceis de operacionalizar e mensurar a partir da história singular e particular de cada morte. No entanto, em contrapartida, consistem em valiosa ação de prevenção e de investimento na potencialização de tais fatores¹¹.

Assim, alguns fatores que são considerados como protetores contra comportamentos suicidas podem ser: estilo cognitivo e personalidade (sentimento de valor pessoal, confiança em si mesmo, disposição para buscar ajuda quando necessário, disposição para pedir conselho diante de decisões importantes, abertura à experiência alheia, disposição para adquirir novos conhecimentos, habilidade para se comunicar); padrão familiar (bom relacionamento intrafamiliar, apoio de parte da família, pais dedicados e consistentes); fatores culturais e sociais (adesão a valores, normas e tradições positivas, bom relacionamento com amigos,

colegas e vizinhos, apoio de pessoas relevantes, amigos que não usam drogas, integração social no trabalho, em alguma igreja, em atividades esportivas, clubes, etc., objetivos na vida); e fatores ambientais (boa alimentação, bom sono, luz solar, atividades físicas e ambiente livre de fumo e de drogas)¹. Apesar da presença dos fatores acima citados, Botega¹¹ recomenda que:

não devemos considerar, durante uma avaliação de risco, que o fato de uma pessoa contar com fatores de proteção possa, verdadeiramente, protegê-la, se, ao mesmo tempo, ela sofrer a influência de vários ou até mesmo de um forte fatores de risco para o suicídio (p. 90).

B. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A prevenção do suicídio é crucial, uma vez que o número de suicídios, além de ser elevado, vem aumentando significativamente ao longo dos últimos anos, a partir de dados divulgados pela OMS. Ressalta-se ainda sua importância no fato de que os atos suicidas possuem efeitos negativos nos diferentes níveis pessoal, familiar, social e profissional, que podem perdurar sobre a comunidade¹⁰.

A prevenção é qualquer medida que vise a interceptar a causa de uma doença antes que ela seja desenvolvida em uma pessoa, dessa forma prevenindo que ela sequer ocorra. Neste sentido, no que diz respeito especificamente à prevenção do suicídio, o autor¹ afirma que existem três modalidades de prevenção, quais sejam:

- *Modalidade universal* – tem como alvo toda a população;
- *Modalidade seletiva* – destinada a populações (ou indivíduos) que apresentam um baixo grau de risco para suicídio,
- *Modalidade indicada* – designada

especificamente para populações (ou indivíduos) que apresentam um risco moderado a alto para comportamento suicida e que, portanto, já encontram-se no processo suicida.

Shneidman¹² afirma que “o suicídio é um problema de todos”, embora não considere que todos tenham as mesmas funções, responsabilidades e potencialidades para a execução de ações específicas destinadas a este fim.

Botega e col.¹³ recomendam que as ações de prevenção do comportamento suicida devem abranger aspectos como conhecimento dos fatores de risco, “sendo fundamental que as ações se voltem ao que pode ser transformado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que foge de qualquer possibilidade de intervenção” (p. 214). Neste sentido, enfatizam que as recomendações da OMS para prevenção do suicídio devem estar agrupadas em três aspectos essenciais:

(...) 1) ampliação da conscientização da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de risco; 2) intensificação de programas e serviços de conscientização e de assistência e 3) incremento e aprimoramento da ciência sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio (p. 214)

Faz-se de suma importância destacar a relevância de elaboração efetiva de estratégias de prevenção que possibilitem a identificação precoce e a intervenção nas situações de risco, levando em consideração a complexidade de tal fenômeno humano¹³. Fator este que, no entanto, ainda não encontra-se sistematizado de modo adequado dentro do âmbito das políticas públicas de saúde brasileiras.

C. POSVENÇÃO DO SUICÍDIO

O termo Posvenção foi desenvolvido por Edwin Shneidman (1973), autor considerado como pai da suicidologia, ou seja, do estudo do comportamento suicida. O autor desenvolveu tal conceito afirmando que "posvenção do suicídio é uma forma direta de prevenção de futuros suicídios" (tradução livre)¹⁴.

Inicialmente falar em posvenção do suicídio referia-se a ações de ajuda aos sobreviventes, como são denominadas as pessoas enlutadas por suicídio. No entanto, ao longo dos anos, o conceito de posvenção passou a ser aplicado não apenas à assistência aos enlutados, mas também para qualquer pessoa afetada, direta e/ou indiretamente, pela morte de alguém por suicídio, visto que esta pode acarretar em aumento do risco de suicídio para quem fica¹⁵. Isto porque, tradicionalmente, pessoas que inicialmente não seriam categorizadas como enlutadas por suicídio, também podem ser impactadas pela experiência, como, por exemplo, as pessoas que encontram o corpo, profissionais de saúde, bombeiros, dentre outros, os quais podem não vivenciar o processo de luto, porém sofrer os efeitos negativos da exposição ao suicídio e, portanto, devem ser alvo de ações de posvenção.

Considerando tais aspectos, posvenção pode ser definida como ações de resposta organizada realizadas após o suicídio, cujos procedimentos têm como objetivos:

- Facilitar o processo de melhora do sofrimento e angústia diante da perda do suicídio;
- Reduzir possíveis efeitos negativos decorrentes da exposição, direta e/ou indireta, ao suicídio;
- Prevenir o suicídio entre pessoas que

encontram-se em situação de risco após a exposição ao suicídio;

A principal diretriz da posvenção é garantir que todas as ações a serem efetivadas possam cumprir com esses três objetivos, de forma integrada, equilibrada e eficaz, considerando como foco qualquer pessoa que tenha sido exposta à morte de alguém por suicídio¹⁵. Considerando tais aspectos, as autoras sugerem que torna-se possível compreender que o conceito de posvenção, e suas possibilidades de ações, têm aplicação em diferentes pessoas e contextos, de acordo com o risco de efeitos negativos após um determinado momento e não se destina a explicar apenas a progressão individual ou as dificuldades de adaptação à perda por suicídio ao longo do tempo.

PROPOSTA METODOLÓGICA

As ações a serem executadas pelo Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio contemplarão as diferentes modalidades de prevenção do suicídio, sendo elas:

- *Medidas universais*, destinadas à população em geral;
- *Medidas seletivas*, indicadas para grupos de risco elevado; e
- *Medidas indicadas*, específicas para indivíduos com alto risco para comportamento suicida.

AGENDA ESTRATÉGICA

	AÇÃO PROPOSTA	OBJETIVOS	PÚBLICO-ALVO	PARCEIROS INSTITUCIONAIS
JANEIRO	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de saúde	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de saúde em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	Rede Municipal de Saúde	CAPS II, CAPS III, CAPS Infanto-Juvenil e CAPSad
	Elaboração de Boletim Informativo	Fornecer informações sobre o tema	Rede Municipal de Saúde	A definir
FEVEREIRO	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de saúde	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de saúde em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	Rede Municipal de Saúde	UPA Zona Norte, UPA Zona Sul e Emergência Psiquiátrica
	Participação em reunião de grupo da Rede de Atenção à Violência	Promover discussão sobre automutilação e comportamento suicida, possibilitando capacitação técnica de avaliação e manejo dos casos, além de encaminhamento destes para o fluxo de atendimento da rede municipal de saúde	Grupo Floriano	Rede de Atenção à Violência
MARÇO	Elaboração de Boletim Informativo	Fornecer informações sobre o tema	Rede Municipal de Saúde	A definir
	Capacitação em Medidas de Prevenção e Posvenção do Suicídio	Aumentar a atenção entre profissionais de saúde para suas próprias atitudes e tabus em relação e prover treinamento para as equipes envolvidas em prevenção	Rede Municipal de Saúde	Não se aplica
	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de assistência social	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de assistência social em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	SASC	CRAS (quais a definir de acordo com a disponibilidade)
	Participação em reunião de grupo da Rede de Atenção à Violência	Promover discussão sobre automutilação e comportamento suicida, possibilitando capacitação técnica de avaliação e manejo dos casos, além de encaminhamento destes para o fluxo de atendimento da rede municipal de saúde	Grupo Vila Operária e Zona Sul	Rede de Atenção à Violência

**PROPOSTAS DE AÇÕES DO COMITÊ DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO
DO SUICÍDIO EM UMA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

	AÇÃO PROPOSTA	OBJETIVOS	PÚBLICO-ALVO	PARCEIROS INSTITUCIONAIS
ABRIL	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de assistência social	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de assistência social em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	SASC	CREAS I, CREAS II e CREAS Sócio Educativo
	Participação em reunião de grupo da Rede de Atenção à Violência	Promover discussão sobre automutilação e comportamento suicida, possibilitando capacitação técnica de avaliação e manejo dos casos, além de encaminhamento destes para o fluxo de atendimento da rede municipal de saúde	Grupo Guaiapó-Requião	Rede de Atenção à Violência
	Elaboração de Boletim Informativo	Fornecer informações sobre o tema	Rede Municipal de Saúde	A definir
JUNHO	Agendamento e realização de reuniões para a formalização das ações na rede municipal de assistência social	Organização e sistematização de parceiros da rede municipal de assistência social em atividades de prevenção e posvenção do suicídio	SASC	Abrigo Provisório, CRAS (quais a definir de acordo com a disponibilidade)
	Avaliação e discussão das atividades realizadas pelo CPPS no primeiro semestre	Avaliação dos resultados a curto prazo identificados a partir das realizações das atividades executadas pelo CPPS no primeiro semestre	Secretaria Municipal de Saúde	Não se aplica
PERMANENTE	Organização da rede de referência para o atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários com comportamento suicida e seus familiares	Viabilizar atendimento, encaminhamento e acompanhamento adequados aos casos de comportamento suicida dos usuários e familiares	Pacientes em Médio e Alto Risco	Rede Municipal de Saúde
	Manutenção do protocolo de referência e contra-referência de atendimento aos casos de comportamento suicida realizados pelo Corpo de Bombeiros de Maringá-PR	Inserção dos casos de comportamento suicida realizados pelo Corpo de Bombeiros no fluxo de atendimento da rede municipal de saúde, garantindo ao acompanhamento destes casos	Pacientes em Alto Risco	Corpo de Bombeiros
	Realização de matriciamento nas UBS, CAPS, UPAs e Emergência Psiquiátrica	Discussão de casos e articulação da rede municipal de saúde para atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários e familiares	Rede Municipal de Saúde	UBS, CAPS, UPAs e Emergência Psiquiátrica

	AÇÃO PROPOSTA	OBJETIVOS	PÚBLICO-ALVO	PARCEIROS INSTITUCIONAIS
PERMANENTE	Realização de matriciamento nas unidades de atendimento da SASC	Discussão de casos e articulação da rede municipal de saúde para atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários e familiares	Unidades de Atendimento da SASC	SASC
	Monitoramento dos dados epidemiológicos de comportamento suicida no município de Maringá-PR	Sistematização e integração dos dados municipais inseridos no SINAN acerca da violência autoprovocada e, também, de intoxicação exógena, as quais são realizadas separadamente, dificultando a formulação de dados gerais sobre comportamento suicida, buscando ainda a divulgação na rede de atendimento municipal e pela mídia dos dados epidemiológicos identificados	Vigilância Epidemiológica	Não se aplica
	Produção técnico-científica e participação em eventos da área	Aprimorar e divulgar os trabalhos realizados pelo Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio	Não se aplica	Universidade Estadual de Maringá e outros a definir

RESULTADOS

O Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio, existente na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, atua desde outubro de 2015 e encontra-se em processo de organização e sistematização de suas ações na Rede de Atenção Psicossocial à Saúde do município.

RESULTADOS PARCIAIS

- *Elaboração Do Plano De Ação Do Comitê*
- *Capacitação Em Prevenção E Posvenção Do Suicídio*
- *Agendamento E Realização De Reuniões*

- Para A Formalização Das Ações Na Rede Municipal De Saúde E Outras Secretarias*
- *Elaboração De Boletim Informativo*
- *Organização E Participação Em Atividades Referentes Ao Setembro Amarelo (Mês De Conscientização Sobre A Prevenção Do Suicídio)*
- *Proposição De Projeto De Lei Municipal Para Criação Da Semana De Valorização Da Vida*
- *Organização Da Rede De Referência Para O Atendimento, Encaminhamento E Acompanhamento Dos Usuários Com Comportamento Suicida E Seus*

Familiares

- *Organização Do Protocolo De Referência E Contra-Referência De Atendimento Aos Casos De Comportamento Suicida Realizados Pelo Corpo De Bombeiros De Maringá-Pr*
- *Realização De Matriciamento Nas Ubs, Caps, Upas E Emergência Psiquiátrica*
- *Monitoramento Dos Dados Epidemiológicos De Comportamento Suicida No Município De Maringá-Pr*
- *Apoio À Implantação Do Centro De Valorização Da Vida (Cvv) No Município*
- *Produção Técnico-Científica E Participação Em Eventos Da Área*

**RESULTADOS ESPERADOS
PARA O FUTURO**

Todos os resultados atingidos até o momento foram alcançados com a presença de uma profissional da Psicologia como responsável pela organização e execução das ações do comitê durante apenas período parcial de trabalho, ou seja, por 6hs/semana. Considerando o alcance dos resultados parciais e, por conseguinte, as possibilidades de amplitude de tais resultados, sugere-se à gestão municipal a designação oficial de um profissional que assuma a função de gerenciamento das ações do comitê, em período integral, ou seja, 30hs/semana.

Os resultados parciais apresentados correspondem a apenas o início de um trabalho que deve almejar um alcance ainda maior, que possa ter impactos sobre diversos indicadores de qualidade a serem definidos ao longo do processo de execução do trabalho do comitê.

Considerando tais aspectos, espera-se como futuros resultados:

1. Atuação de profissional destinado exclusivamente às ações do comitê, potencializando seu alcance e dinamizando suas potencialidades de resultados;
2. Elaboração dos indicadores de avaliação e monitoramento da qualidade das ações executadas;
3. Avaliação dos resultados obtidos a partir dos cursos de capacitação ministrados até o momento para os servidores municipais da saúde, educação e assistência social;
4. Formulação de capacitação em medidas de prevenção do comportamento autolesivo sem intenção suicida;
5. Continuidade semestral da capacitação em medidas de prevenção e posvenção do suicídio.
6. Elaboração de novos boletins informativos, trazendo informações amplas a respeito da temática.
7. Manutenção da organização e participação em ações do Setembro Amarelo;
8. Continua participação e organização de eventos que favoreçam a troca de conhecimentos especializados sobre a temática e constante aprimoramento para atuação do comitê.
9. Proposição e execução de Plano Municipal de Prevenção do Suicídio.

Por meio de tais resultados almejados, julga-se possível atingir os objetivos específicos propostos pelo presente trabalho, fortalecendo a organização da rede de referência para o atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários com comportamento suicida e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar com medidas de prevenção do suicídio dentro do contexto das políticas públicas não constitui-se tarefa fácil, na medida em que envolve fatores complexos, uma vez que os serviços de saúde têm características que atendem a necessidades complexas e variáveis que têm dimensões tão complexas quanto¹⁶. Neste contexto, o autor afirma que

(...) o setor saúde é uma área disputada por atores que têm interesses divergentes: os usuários, que querem serviços de qualidade, mais baratos; os profissionais, que querem desenvolver seu conhecimento, suas habilidades, sua profissão, obter uma boa renda, prestando bons serviços; as empresas de materiais e produtos; os seguros; os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios; o Governo, que quer benefícios políticos, etc. (p. 12)

O autor enfatiza a importância de a organização e gestão dos serviços de saúde considerarem tais particularidades e complexidades como fazendo parte da constituição do processo de trabalho neste setor, principalmente nos serviços públicos. Isto porque tais organizações dependem em maior grau do que as demais do ambiente sociopolítico¹⁶.

Considerando tais aspectos, é possível compreender a dificuldade de executar as ações propostas no presente trabalho no que se refere principalmente às possibilidades da gestão municipal para manutenção dos incentivos para continuidade e ampliação das ações executadas pelo Comitê de Prevenção e Posvenção do Suicídio.

No entanto, reforça-se a importância do investimento municipal nestas ações a fim de colaborar com a mudança dos dados epidemiológicos e análise situacional, tal

como apresentada neste projeto, atualmente identificada no município.

Investir em ações de prevenção e posvenção do suicídio no âmbito das políticas públicas de saúde, nas diferentes modalidades de prevenção (universal, seletiva e indicada), consiste em fator de extrema importância para a transformação da realidade situacional do município. Embora seja muito difícil o processo de prever atos e comportamentos humanos, tal como é o suicídio, é possível, por meio de tais medidas, reduzir o risco de que tal ato possa ser realizado. No entanto, vale ressaltar que o trabalho com prevenção do suicídio não envolve apenas evitar a morte das pessoas, mas, principalmente, em considerar

REFERÊNCIAS

1. Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
2. Botega NJ. Editorial. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 29, n. 1, pp. 7- 8, 2007.
3. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol. USP, vol.25, n.3, pp. 231-236, 2014.
4. BRASIL. Agenda de ações Estratégicas para vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
5. Kovacs MJ. Apresentação. Psicol. USP, 2014, vol.25, n.3, pp. 229-230.
6. BRASIL. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006: institui Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010.
8. COMITÊ DE PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO. Conhecendo os dados epidemiológicos do suicídio em nosso município. In: Boletim Informativo. v. 1, nº 1, pp. 2, 2017.
9. Shneidman ES. Definition of suicide. New York: Wiley, 1985.
10. Saraiva CB, Peixoto B & Sampaio D. (coord). Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel, 2014, pp. 473-483.
11. Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015

12. Shneidman ES. The suicidal mind. London: Oxford University Press, 1996.
13. Botega NJ. et al. Prevenção do comportamento suicida. In: PSICO (PUC- RS), vol. 37, n. 3, pp. 213-220, 2006.
14. Shneidman ES. Deaths of Man. New York: Quadrangle, 1973.
15. Antoniassi RPN. & Kreuz G. Posvenção. In: Figueiredo FC. & Botega NJ. Curso de Prevenção do Suicídio. SESA/ESPP-CFRH/MS. Disponível em: <http://pr.avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=18>
16. Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. In: Revista de Administração Pública, v. 26, n. 2, pp. 8-19, 1992.

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Anticipated Directives and Living will in Primary Health Care

Andressa Costa da Cunha¹, Alexandre Carvalho Gliosci², Marcio José de Almeida³, Giseli Cipriano Rodacoski⁴

1. Médica na Atenção Primária no Município de Ponta Grossa - PR, especialista em Saúde da Família, Especialista em Saúde Mental na Atenção Primária.
2. Médico na Atenção Primária no Município de Curitiba - PR, Especialista em Psiquiatria, Especialista em Saúde Mental na Atenção Primária.
3. Médico. Professor nas Faculdades Pequeno Príncipe. Doutor em Saúde Pública. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7094-9906>
4. Psicóloga na PUCPR: SEAP – Serviço de Apoio Psicopedagógico; Docente na Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba-PR. Mestre em Educação, Doutora em Biotecnologia - linha de pesquisa: Ensino na Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>

CONTATO: Andressa Costa da Cunha | Rua Doutor Dante Romanó, 120 | Tarumã | CEP 82821-016 | Curitiba | PR | Telefone: (42) 99155-8910 | E-mail: costaa3@yahoo.com.br

COMO CITAR Cunha AC, Gliosci AC, Almeida MJ, Rodacoski GC. Diretivas antecipadas de vontade na Atenção Primária. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Supl 2): 26-37.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO Este Relato de Experiência apresenta o processo de elaboração de um Projeto de Intervenção no campo de concentração da Saúde Mental. Entre 2017 a 2018 foi realizada análise da situação de saúde da população local que resultou em um diagnóstico situacional e com base nos problemas foram propostas ações de saúde. O problema priorizado foi o processo de envelhecimento e morte da população de um município de médio porte. O objetivo foi apresentar possibilidades de intervenção para qualificação da equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. Foi utilizada a matriz 6W3H para descrever a metodologia do projeto, que foi planejado

para intervenção em uma Unidade de Saúde de referência na Atenção Primária para o cuidado de uma população com grande número de idosos. Foram planejadas ações de educação permanente, monitoramento, avaliação, bem como análise de viabilidade do projeto.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This Experience Report presents the process of elaboration of an Intervention Project in the area of Mental Health. Between 2017 and 2018 an analysis of the health situation of the local population was carried out, resulting in a situational diagnosis; then, based on the problems, health actions were proposed. The problem prioritized was the process of aging and death of the population of a medium-sized municipality. The objective was to present possibilities of intervention for the qualification of the health team on Anticipated Directives and Living Will. The 6W3H matrix was used to describe the methodology of the project that was planned for intervention in a Health Unit of reference in Primary Care for the care of a population with a large number of older people. Permanent education actions, monitoring, evaluation, as well as feasibility analysis of the project were planned.

KEYWORDS: Mental Health. Health of the Elderly. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre o tema da finitude humana costuma ser acompanhada de sentimentos negativos e tratada como um assunto complexo, delicado e sofrido. Neste contexto, tem surgido uma preocupação dos profissionais da área da saúde e dos operadores do Direito com a questão do morrer¹. Busca-se uma solução para o aumento das intervenções técnico-científicas sobre a vida humana, como também, trazer conhecimento e consciência das necessidades de determinar quando e como essas intervenções são benéficas para as pessoas, considerando o direito à morte digna, bem como o respeito pela autonomia dos pacientes².

No Brasil não existe uma normativa jurisprudencial sobre Testamento Vital. O

Conselho Federal de Medicina – CFM, promulgou a Resolução nº1.995/2012 que dispõe, em três artigos, sobre a possibilidade de aplicação das Diretivas Antecipadas de Vontade – DAV³. Ainda há muito para entender e discutir em relação à sua aplicabilidade e polêmicas que permeiam esse assunto, bem como, à expectativa que a vontade das pessoas corresponda à decisão final; à inserção do profissional de saúde no processo das DAV e se esse pode ou tem capacidade para alterar a decisão do paciente, além de outras dúvidas. Contudo, há de se destacar que essa prática está vigente no Brasil e a preocupação com os procedimentos médicos a serem realizados no fim da vida ou em situações de estado terminal, fez crescer a procura por documentos assim.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

No Brasil, a Saúde da Família (SF), estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (AB), tem como desafio as práticas e ações de saúde, buscando fazer da SF a entrada prioritária do SUS, visando resolver cerca de 80% dos problemas de saúde na Atenção Primária. Para que isso aconteça, é preciso um vínculo entre a AB e a Saúde Mental (SM) configurando a união entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica⁴.

O cuidado com a saúde não é apenas responsabilidade da equipe médica; enfatiza-se a ampliação do conceito de saúde e a importância da responsabilidade e do compromisso com os ideais de saúde, do cidadão, dos profissionais da área e à delegação dos serviços de atenção à saúde pelos municípios^{5,6}.

BIOÉTICA E DIGNIDADE HUMANA NA TERMINALIDADE

A definição de bioética segundo CRM⁷ é definida como:

É o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão e normas morais –, das ciências da vida e do cuidado à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar [...] A bioética analisa os problemas éticos – dos pacientes, dos médicos e de todos os envolvidos na assistência – relacionados com o início e o fim da vida, [...] com o prolongamento artificial da vida, a morte encefálica e as várias formas de eutanásia e com os direitos dos pacientes terminais, etc.

A bioética, segundo modelo “Georgetown”, trata de um campo interdisciplinar e deve atender três áreas⁸:

a) “os direitos e deveres dos pacientes e dos profissionais de saúde;

b) os direitos e deveres na pesquisa envolvendo seres humanos; e

c) a formulação de um *guideline* para a política pública, o cuidado médico e a pesquisa biomédica”.

Portanto, partindo desta premissa, a bioética vincula duas formas de conhecimento, Ciências Naturais e Ciências do Espírito, duas tradições, cada uma no seu campo de pertinência e de aplicação específico⁹.

Em situações nas quais pacientes estão em sua terminalidade de vida e/ou que sejam pacientes paliativos, assusta-nos a afirmação técnica de “morrer com dignidade”, que tem seríssimas consequências éticas. Um paciente em algumas dessas ou outras condições é um “quebra-cabeça” sem solução. Esses casos apontam para dilemas e conflitos éticos de extrema complexidade na hora de decidir ante situações envolvendo pacientes inconscientes. Partindo desta premissa, mostra a importância da elaboração de diretivas antecipadas de vontade, na qual os pacientes podem expressar sua vontade em relação a tratamentos que querem ou não receber¹⁰.

EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ORTOTANÁSIA

Atualmente, existem preocupações notórias dos pesquisadores em debater questões geradoras de conflitos éticos, no âmbito assistencial, direcionadas ao ser humano em fase de terminalidade. Com isto, é imprescindível a discussão sobre métodos artificiais que prolongam a vida e a atitude de deixar a doença seguir sua história natural.

No que diz respeito à eutanásia, termo ilegal no Brasil, essa é conceituada como a ação que tem por finalidade levar à retirada da vida do ser humano por considerações tidas como

humanísticas, à pessoa ou à sociedade¹⁰. Ou seja, de maneira ampla, é a provocação intencional da morte a determinada pessoa que sofre de alguma doença incurável e degradante, visando privá-la de sofrimentos decorrentes da doença, morte sem dor, sem sofrimento. Atualmente, é entendida como uma prática para abreviar a vida.

A distanásia é um termo novo, pouco conhecido, conceituado como uma morte difícil ou penosa. Na Medicina é considerado como tratamento fútil ou inútil, sem benefícios para a pessoa em sua fase terminal. É um processo caracterizado como prolongamento do processo de morte, por meios que prolongam a vida do paciente, sem qualidade de vida e dignidade^{11,12,13}.

Já a ortotanásia, significa a morte de maneira natural, ou seja, deixar que o paciente evolua naturalmente para a morte quando este processo já está em desenvolvimento¹⁴. Tem como grande desafio resgatar a dignidade do ser humano em seu processo final, proporcionando-lhe bem-estar.

De acordo com o bem-estar da pessoa em processo de morrer, os alicerces de sustentação das ações profissionais estão baseados em princípios bioéticos, levando em consideração a autonomia, justiça, beneficência e a não maleficência, com o objetivo de melhoria na qualidade de vida e dignidade humana.

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE, TESTAMENTO VITAL E MANDATO DURADOURO

No Brasil, a terminologia DAV é a denominação empregada conforme prevê a Resolução do CFM 1995/2012. Contudo, salienta-se que existem diversas maneiras de referenciar essa questão: manifestação explícita da própria vontade, testamento vital,

biotestamento, testamento biológico, diretivas avançadas, vontades antecipadas, além do termo ""declaração prévia de vontade, proposto por Luciana Dadalto – advogada e pesquisadora na área do direito, à implementação das diretivas antecipadas no Brasil¹⁵.

As diretivas antecipadas (*advanced care documents*), podem apresentar-se sob dois formatos: o testamento vital (*living will*) e o mandato duradouro (*durable power attorney*)^{16,17,18}. Ambos os documentos poderão ser utilizados quando o paciente não puder se expressar, livre e conscientemente – ainda que por uma situação transitória, as diretivas antecipadas não se referem exclusivamente a situações de terminalidade¹⁷.

O Testamento Vital é um documento no qual uma pessoa é capaz de registrar instruções com o que deseja ser submetida no futuro, caso não esteja capaz de expressar sua vontade. Desta forma, o testamento vital garante que o paciente tenha o direito de definir sua morte, de acordo com suas concepções¹⁷, de acordo com questões éticas/jurídicas que permitem reforçar sua autonomia¹⁹.

Mandato duradouro é outra espécie de diretivas antecipadas, que designa uma nomeação ou um procurador, para tomar decisões em nome do paciente em caso de incapacitação do mesmo. Esse procurador, preferencialmente, deve ser uma pessoa com conhecimento profundo do paciente, com capacidade de identificar sua vontade^{20,21}. Além disso, poderá haver simultaneidade entre o testamento vital e o mandato duradouro, apresentados como um único documento²¹.

As DAV são manifestações de vontades a serem seguidas quando a pessoa ainda está viva²². As DAV tratam especificamente sobre o pedido ou a recusa dos tratamentos

futuros, o qual se denomina Suspensão de Esforço Terapêutico (SET). Como o nome indica, trata-se de suspensão ou de não iniciar tratamentos. A finalidade da SET é suspender a obstinação terapêutica, a distanásia, a insistência tecnológica²³.

As diretivas asseguram que um paciente capaz conserve sua autonomia e seu direito ao consentimento na eventualidade de se tornar incapaz para exercê-lo e que essas sejam respeitadas.

AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV) NO CONTEXTO BRASILEIRO

No Brasil, até o surgimento das Resoluções do CFM, 1.805/2006²⁴ e 1.995/2012³, que tratam respectivamente sobre a prática da ortotanásia e das DAV, a participação do paciente no processo de decisões sobre seu tratamento apoiava-se no estabelecido no Código Civil²⁵, que expõe: "Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica". Da mesma forma, o novo Código de Ética Médica (CEM) do CFM, aprovado em 2009, estabelece o reconhecimento à autonomia do paciente²⁶.

No cenário brasileiro, o debate sobre o respeito à ortotanásia ganhou mais relevância após a publicação da Resolução n. 1.805/2006²⁴ do CFM, que não versa sobre direito penal, mas sim, sobre ética médica e consequências disciplinares; a ortotanásia não constitui crime de homicídio. A edição da Resolução determinou modificação significativa no dia a dia dos médicos que lidam com doentes terminais, incentivando-os a descrever os procedimentos que adotam, ou não, permitindo maior transparência e possibilitando maior controle da atividade médica.

Considerando a autonomia do paciente,

as Resoluções do CFM acima citadas dispõem sobre a atitude médica de levar em consideração as DAV nas decisões sobre os cuidados de pacientes que apresentam dificuldades de expressão e comunicação e também em caso de ter designado um representante para lhe representar. Entretanto, o profissional poderá desconsiderar as DAV que estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica²⁶. As DAV garantem respaldo ao médico perante a justiça, principalmente pelo fato de que o profissional pode desconsiderar determinado procedimento contrário aos pressupostos de adequação da prática médica corrente²². É importante que não somente os médicos, mas que outros profissionais da saúde orientem o paciente no sentido de que possam compartilhar suas posições sobre procedimentos e tratamentos com os seus familiares e amigos de confiança, pois essas informações podem ser úteis no sentido de orientar futuras decisões que tenham que ser tomadas.

JUSTIFICATIVA

A DAV auxilia na manutenção da dignidade humana e autonomia dos pacientes, portanto, é importante compreender como os profissionais da saúde entendem e utilizam a DAV; conhecer dificuldades, vantagens e limitações passadas pela equipe de saúde quanto a utilização deste instrumento e melhorar continuamente as ações para benefício dos pacientes. Desta forma, promover à saúde recursos de melhor qualidade, atendendo à vontade dos pacientes no final da vida, além de gerir o Sistema Municipal de Saúde e garantir respaldo jurídico para a equipe de saúde, minimizando conflitos entre profissionais-famílias-pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Qualificar a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Objetivos Específicos: 1) Sensibilizar os profissionais quanto a importância da inclusão do atendimento de idosos e/ou pacientes com transtornos mentais na UBS em suas rotinas de trabalho; 2) Propor ações de atenção à saúde em pacientes geriátricos que estão em situação de terminalidade, de modo que auxilie o processo terapêutico em relação a uma morte digna; 3) Conhecer o entendimento dos profissionais da saúde quanto a aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade; 4) Conhecer vantagens,

dificuldades e limitações elencadas pela equipe de saúde da UBS relacionadas à aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto de atenção primária.

METODOLOGIA

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foi utilizada a ferramenta 6W3H. A escolha se deu por ser um instrumento que define claramente os objetivos do projeto, local de intervenção, prazos, quem executará cada tarefa, qual a maneira que será executada tal tarefa.

ESCOPO DO PROJETO

Objetivo Específico 1:

Objetivo Geral (o quê): Qualificar a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Objetivo específico 1 (o quê)	Sensibilizar os profissionais quanto à importância da inclusão do atendimento de idosos e/ou pacientes com transtornos mentais na UBS em suas rotinas de trabalho.
Ponto de Atenção (onde)	UBS/ NASF
Responsável (quem)	01 Médica e 01 Enfermeira
Público-alvo (para quem)	Todos os profissionais da Atenção Primária vinculados à UBS
Proposta de Intervenção (como)	<p>Apresentação do projeto aplicativo Reunião e Oficina Teórico-vivencial</p> <p>1ª Ação – Apresentação do Projeto Aplicativo: DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abertura com introdução para o tema do projeto; • Reunião com os envolvidos para apresentar o projeto, seus objetivos e metas a serem alcançadas; • Analisar viabilidades e adequações necessárias a fim de esclarecer dúvidas na sua aplicabilidade; • Apresentação do cronograma de atividades. <p>Duração: 2 horas de duração no total das ações.</p>

	<p>2ª Ação – Mapeamento da população idosa no território</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar o levantamento de todos os idosos no território de abrangência. <p>Duração: cerca de 10 min/ dia (50min a 1hora por semana) / 4 meses = 16 horas de duração no total das ações.</p> <p>3ª Ação – Sensibilizar os profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> Oficina prática/ Vivência; Discussão dos casos críticos; Valorização de todas as percepções e dos diferentes pontos de vista; Roda de conversa; Música/ vídeos; Depoimentos de pacientes. <p>Duração: 4 horas de duração no total das ações.</p>			
Duração total das Ações (quando)	22 horas	Frequência min/sem	Prazo execução	4 meses
Recursos (quanto)	Físico:	Local para realizar as reuniões para no mínimo 10 pessoas.		
	Humanos:	Profissionais das Equipes UBS, equipe NASF.		
	Materiais:	computador, papel, caneta, retroprojeter, apostila DAV.		
	Financeiro:	Impressão de materiais, custos com alimentação.		

Objetivo Específico 2;

Objetivo Geral (o quê): Qualificar a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Objetivo específico 2 (o quê)	Propor ações de atenção à saúde em pacientes geriátricos que estão em situação de terminalidade, de modo que auxilie o processo terapêutico em relação a uma morte digna.
Ponto de Atenção (onde)	UBS
Responsável (quem)	Equipe NASF 01 advogado
Público-alvo (para quem)	UBS
Proposta de Intervenção (como)	<p>Discussão de conceitos e apresentação de instrumentos específicos de aplicabilidade das DAV, termos judiciais e plano de ação.</p> <p>Minicurso / Dinâmica / Roda de conversa</p> <p>1ª Ação – Minicurso sobre Morte digna, Diretivas Antecipadas de Vontade e a Legislação do Conselho Federal de Medicina acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade</p> <ul style="list-style-type: none"> Apresentação (Documento DAV);

	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicabilidade das DAV; • Conceitos e Judicialização na terminalidade, Distanásia, Ortotanásia, Eutanásia, entre outros. • “O que é dignidade de acordo com sua bagagem cultural?”; • Histórias reais: Sucesso e falha – “Qual o plano de ação com os pacientes da UBS?”; <p>Duração: 2 horas</p> <p>2ª Ação – Dinâmica de grupo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projeto terapêutico singular (individual e coletivo) <p>Duração: 1 hora</p> <p>3ª Ação – Discussão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Roda de conversa com a equipe e equipe NASF acerca do assunto DAV e sua aplicação; • Dificuldades e impasses no acolhimento dessa demanda; • Troca de experiências entre os serviços referentes à SM. <p>Duração: 1 hora</p>			
Duração total das Ações (quando)	4 horas	Frequência horas/sem	Prazo execução	1 mês
Recursos (quanto)	Físico:	Local para realizar o minicurso.		
	Humanos:	Profissionais das Equipes UBS, equipe NASF e advogado.		
	Materiais:	Papelaria, água e café.		
	Financeiro:	Impressão de materiais, custos com alimentação.		

Objetivo Específico 3:

Objetivo Geral (o quê): Qualificar a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Objetivo específico 3 (o quê)	Conhecer o entendimento dos profissionais da saúde quanto à aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade.
Ponto de Atenção (onde)	UBS, equipe NASF
Responsável (quem)	Médica da UBS
Público-alvo (para quem)	Equipe UBS, equipe NASF
Proposta de Intervenção (como)	Conhecimento e tomada de ação dos profissionais da saúde frente a idosos com ou não problemas de saúde mental

	<p>Questionário individual com espaço para sugestões/observações.</p> <p>Ação – Aplicação de um questionário individual para entender o conhecimento dos profissionais perante a DAV. Discussão coletiva após aplicação do questionário com espaço para debate.</p> <p>Tarefa para solução e aplicação da DAV, discussão de casos reais.</p>			
Duração total das Ações (quando)	2 horas	Frequência horas/mês	Prazo execução	1 mês
Recursos (quanto)	Físico:	Local para realizar o questionário.		
	Humanos:	Profissionais das Equipes UBS e NASF.		
	Materiais:	Papeleria, água.		
	Financeiro:	Impressão de materiais.		

Objetivo Específico 4:

Objetivo Geral (o quê): Qualificar a equipe de saúde sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade.

Objetivo específico 4 (o quê)	Conhecer vantagens, dificuldades e limitações elencadas pela equipe de saúde da UBS relacionadas a aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto de atenção primária.			
Ponto de Atenção (onde)	UBS			
Responsável (quem)	Médica e enfermeira da UBS			
Público-alvo (para quem)	Equipe UBS			
Proposta de Intervenção (como)	<p>Conhecimento e tomada de ação dos profissionais da saúde frente a idosos com ou sem problemas de saúde mental.</p> <p>Avaliação dos resultados do questionário, discussão e melhorias.</p> <p>Ação – Avaliação do questionário individual, sugestões e melhorias.</p> <p>Através do questionário aplicado no objetivo 3, serão discutidos os pontos de maior dificuldade e determinar as propostas de ação e intervenção.</p>			
Duração total das Ações (quando)	2 horas	Frequência horas/mês	Prazo execução	1 mês
Recursos (quanto)	Físico:	Local para realizar a reunião.		
	Humanos:	Profissionais das Equipes UBS		
	Materiais:	Papeleria, água.		
	Financeiro:	Impressão de materiais.		

ANÁLISE DE VIABILIDADE

A execução será de baixo investimento financeiro envolve profissionais que já atuam no serviço e são responsáveis por ações de cuidado à saúde.

Um fator de risco é a proposta de mudança de rotina dos profissionais de saúde na UBS para participação em eventos de educação em saúde. Será necessário sensibilizar gestores para que percebam a relevância social da integração ensino-serviço-comunidade.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A proposta é que seja definida uma comissão de monitoramento e avaliação composta por 3 funcionários dentre os membros da equipe e que realizem reuniões mensais para identificação, monitoramento e avaliação de indicadores com base nos conteúdos trazidos pelas equipes que sejam decorrentes de sua experiência com a implementação do projeto. A princípio os indicadores sugeridos são os de adesão à proposta por meio de registro de participação nas ações propostas.

RESULTADOS

Por tratar-se de um Projeto de Intervenção, serão apresentados neste artigo os resultados parciais obtidos com o diagnóstico situacional do território, bem como os resultados esperados com a implantação do projeto.

O município tem uma população estimada de 344.332 pessoas, com grande concentração na área urbana. Os idosos representam uma percentagem de 10,37% da população do município. A proporção de idosos aumentou em 41,23% entre os anos de 2000 e 2010, porém, manteve-se praticamente constante a diferença

entre número de mulheres e de homens. As mulheres idosas representam 57% e os homens 43%²⁷.

Tabela 1. População de idosos por ano e sexo

Ano	Masculino	Feminino	Total
2000	9.712	13.173	22.885
2010	13.654	18.666	32.320

Fonte: DATASUS – IBGE²⁷

Da análise das causas de morte e internamento no município em 2016, considerando as categorias descritas no CID-10, foram: Doenças do Aparelho Circulatório (588), seguido por Neoplasias (444) e Doenças do Aparelho Respiratório (268)²⁷.

A Unidade Básica de Saúde da Família em estudo está em uma área carente de recursos financeiros, estruturais e de difícil acessibilidade. Apresenta apenas uma equipe, composta por médica de Saúde da Família (01), enfermeira (01), técnica de Enfermagem (01), auxiliar de Enfermagem (01), agentes comunitárias de saúde (06) – divisão do território de abrangência em seis microáreas, auxiliar de Serviços Gerais (01), apoio de dentista (01) no período da manhã e da equipe NASF – composta por assistente social (02), farmacêutica (01), nutricionista (01), educadora física (01) e fisioterapeuta (01). Recebe o apoio de serviços de atenção secundária e terciária, caso necessário.

RESULTADOS ESPERADOS

O resultado esperado com este projeto é qualificar a equipe para a identificação e o cumprimento das vontades manifestadas do paciente, trabalhando de forma articulada, garantindo maior conforto e menor ansiedade

ao paciente idoso, maior eficácia no trabalho e eficiência da equipe de saúde, além de garantir amparo profissional relacionado às questões legais.

Ao longo do processo de implementação e fortalecimento do projeto espera-se que os profissionais da atenção primária estejam sensibilizados quanto à importância da inclusão do atendimento de idosos e/ou pacientes com transtornos mentais na UBS em suas rotinas de trabalho; que proponham ações de atenção à saúde em pacientes geriátricos que estão em situação de terminalidade, de modo que auxilie o processo terapêutico em relação a uma morte digna; que conheçam e compartilhem o entendimento quanto à aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade; que reconheçam os avanços e vantagens para o aumento da qualidade de vida e sejam assertivos para lidar com as dificuldades e limitações elencadas pelas equipes de saúde relacionadas à aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade no contexto de atenção primária.

É esperado ainda a elaboração de material para divulgar as DAVs para a população, de forma simples e objetiva, que seja uma ação em parceria com órgão de participação e controle social, outros órgãos governamentais e rede de apoio social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o fortalecimento dos cuidados na atenção primária vem ocorrendo um movimento de retomada na tendência do processo de morrer fora do hospital, evidenciado nos atendimentos de *Home Care* em pacientes de cuidado paliativo, e também no aumento crescente

de visitas domiciliares a pacientes acamados acompanhados pela Unidade de Saúde. Tais pacientes estão na abrangência de atuação das Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as equipes devem estar preparadas para lidar com os desafios decorrentes deste nível de atenção.

As vantagens elencadas sobre a aplicabilidade das DAV são importantes e coerentes à assistência aos doentes. Contudo requerem uma prévia instrumentalização para amparar sua introdução no ambiente da atenção primária à saúde. Para tal, a necessidade de capacitação sobre o que realmente significa, pois, a equipe precisa aprender a usar e fazer o documento. A qualificação profissional é fundamental para a assimilação de novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades para o bom uso do instrumento. As reuniões para monitoramento serão importantes para compartilhamento de experiências e discussões sobre atitudes e condutas que favorecem e dificultam o alcance dos objetivos do projeto.

Em virtude da APS ser a porta de acesso aos serviços de saúde e ao usuário, este estudo das DAV neste âmbito de atuação será a porta de entrada para uma aproximação às informações reais, vivenciadas pela equipe de saúde diariamente, além de servir de embasamento para o processo de trabalho na aplicabilidade das Diretivas Antecipadas de Vontade, e, com isso, poderá vir a ser a oportunidade de grandes transformações em todo o território brasileiro. As DAV irão auxiliar na manutenção da dignidade humana e na autonomia dos pacientes.

A partir da aplicação das DAV poderá ser ampliado o escopo de atuação da equipe que, por meio dos erros e dificuldades encontradas, poderá desenvolver soluções locais para

promover à saúde melhores ações e serviços com impacto no fortalecimento da relação profissional-família-paciente, sendo ainda um exemplo de boa prática de respeito, atenção de qualidade e segurança do paciente na atenção primária.

REFERÊNCIAS

- Moreira MS. Diretivas Antecipadas de Vontade: um estudo sobre a declaração prévia para o fim da vida/ Análise a partir do contexto brasileiro contemporâneo. In: Dadalto L (coord). Diretivas Antecipadas de Vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação. Belo Horizonte: Letramento; 2013.
- Neves MEO. Percepção dos enfermeiros sobre Diretivas Antecipadas de Vontade. Viseu, Portugal. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica] - Escola Superior de Saúde de Viseu; 2013.
- Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução CFM nº 1995/2012. Brasília; 2012.
- Botti NCL, Andrade WV. A saúde mental na atenção básica: articulação entre os princípios dos SUS e da Reforma Psiquiátrica. Cogitare enferm 2008 Jul-set;13(3):387-94.
- Nepomuceno L.B, Brandão IR. Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: caminhos percorridos e desafios a superar. Psicol Ciênc Prof 2011;31(4):762-777.
- Nascimento GA. Saúde Coletiva e PSF: o campo de atuação do psicólogo. Monografia [Graduação em Psicologia] - Universidade Nove de Julho; 2015.
- Conselho Federal de Medicina - CFM. Código de ética médica. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília; 2009.
- Reich WT. Como surgiu o neologismo bioética? In: Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012.
- Callahan D. Bioética: alguns aspectos de sua gênese e de seu desenvolvimento. In: Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2012.
- Pessini L. Dignidade humana nos limites da vida: reflexões éticas a partir do caso Terri Schiavo. Bioética 2005;13(2):65-76.
- Kipper DJ. Medicina e os cuidados de final de vida: uma perspectiva brasileira e latino-americana. In: Pessini L, Garrafa V, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003.
- Pessini L. Questões éticas-chave no debate hodierno sobre a distanásia. In: Pessini L, Garrafa V, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003.
- Carvalho RT. Legislação em cuidados paliativos. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado paliativo. São Paulo; 2008.
- Garcia JBS. Eutanásia, distanásia ou ortotanásia? Rev. Dor. 2011;12(1):3.
- Penalva LD. Declaração prévia de vontade do paciente terminal. Bioética 2009;17(3):523-543.
- Dadalto L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). Bioética y derecho 2013;28:61-71.
- Dadalto L. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. Bioética 2013;21(1).
- Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Bioética 2013;21(3):463-76.
- Nunes R. Testamento vital. Pediatria do Centro Hospitalar do Porto 2012;21(4).
- Dadalto L. Capacidade versus discernimento: quem pode fazer diretivas antecipadas de vontade? In: Dadalto L, coordenador. Diretivas Antecipadas de Vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação. Belo Horizonte: Letramento; 2013.
- Rajão RBD. Diretivas Antecipadas de Vontade e a Eutanásia. In: Dadalto L, coordenador. Diretivas Antecipadas de Vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação. Belo Horizonte: Letramento. 281p. ; 2013.
- Alves CA, Fernandes MS, Goldim JR. Diretivas antecipadas de vontade: um novo desafio para a relação médico-paciente. Rev HCPA 2012; 32(3):358-362.
- Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. Cad Saude Publica 2006;22(8):17-49.
- CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução n.1805/2006. Brasília: CFM, 2006. Acesso em 07 de abril 2018. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm
- BRASIL. Código Civil. Lei 10406 de 10 de janeiro de 2002. Artigo nº15. Acesso em 07 de abril 2018. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91577/codigo-civil-lei-10406-02#art-15>
- CFM - Conselho Federal de medicina. Resolução CFM nº 1995/2012. Brasília; 2012.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

USO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Use of psychoactive medicines by Basic Attention Healthcare professionals

Hamilton de Oliveira Minas¹, Giseli Cipriano Rodacoski², Stélios Sant'Anna Sdoukos³

1 Enfermeiro da Unidade Básica de Saúde Vila Nova Porã em Ivaiporã – PR e Coordenador do Curso Técnico em Enfermagem do CENEPI (Centro de Educação Profissional de Ivaiporã), Ivaiporã-PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3150-1823>

2 Psicóloga na PUCPR: SEAP – Serviço de Apoio Psicopedagógico; Docente na Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba-PR. Mestre em Educação, Doutora em Biotecnologia - linha de pesquisa: Ensino na Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>

3 Professor do Departamento de Psicologia do Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL). Londrina-PR. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1441-0161>

CONTATO: Hamilton de Oliveira Minas | Rua Ceará, 4248 | Centro | CEP 86870-000 | Ivaiporã | PR | E-mail: mirtinhocapoeira@yahoo.com.br

COMO CITAR Minas HO, Rodacoski GC, Sdoukos SS. Uso de Medicamentos Psicoativos Pelos Profissionais de Saúde da Atenção Básica. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Suppl 2): 38-46.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO A dependência química entre médicos e profissionais de saúde já se transformou em séria preocupação das autoridades sanitárias de vários países. Ao sujeitar-se ao uso de medicamentos psicotrópicos, o profissional de saúde pode mostrar mudanças de comportamento, apresentando um desempenho indesejável. Justifica-se assim um projeto de intervenção para conhecer os fatores que favorecem esta prática e planejar ações que possam atender as necessidades de saúde do trabalhador. Objetiva-se levantar a prevalência do uso de medicamentos psicoativos entre os funcionários da Secretaria de Saúde, atuantes na Atenção Básica do município, intencionando

contribuir para que os funcionários realizem um consumo racional dos mesmos. Conclui-se que devemos estar atentos à saúde mental dos profissionais de saúde, em especial aos sinais que eles podem vir a apresentar, como estresse, fadiga psicológica, problemas emocionais, entre outros, para que não fiquem possivelmente incapacitados de realizar seu serviço e atenderem a população com qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Dependentes Químicos. Agentes Psicoativos. Saúde Mental. Profissional da Saúde.

ABSTRACT Chemical dependency among physicians and health professionals has already become a serious concern of health authorities in several countries. When on the use of psychotropic medications, the health professional can show behavioral changes, presenting an undesirable performance. Therefore, an intervention project is warranted to know the factors that favor this practice, and to plan actions that can meet the worker's health needs. The objective is to find the prevalence of the use of psychoactive drugs among the employees of the Department of Health, who work at the city's Primary Care Service, intending to contribute to the employees' rational use of them. It is concluded that we should be attentive to the health professionals' mental health, especially to the signs they may present, such as stress, psychological fatigue, emotional problems, among others, so that they are not possibly incapacitated to perform their service and to provide quality care to the population.

KEYWORDS: Drug Users. Psychotropic Drugs. Mental Health. Health Personnel.

INTRODUÇÃO

A dependência química entre médicos e profissionais de saúde já se transformou em séria preocupação das autoridades sanitárias de vários países, principalmente Estados Unidos e Inglaterra, e que o uso de substância psicoativa pode deteriorar o raciocínio linear dos médicos¹. Os profissionais de saúde formam um grupo de trabalhadores cujo processo de trabalho tem uma característica própria, do qual compartilham habilidades técnicas e relações interpessoais, além do compromisso subentendido que acaba por demandar grandes e crescentes responsabilidades². O trabalho pode acarretar estresse, dificuldade e comprometimento, tanto

físico quanto mental, para o trabalhador que exerce as atividades, quer seja na prevenção de doenças, quer seja na recuperação da saúde das pessoas. Com isso esses profissionais, por se dedicarem à sua profissão, estão expostos a eventos que podem afetar seu viver saudável (em função do trabalho) permanecendo mais suscetíveis às doenças, às depressões e ao cansaço. Inúmeras vezes eles recorrem à automedicação para resolver seus problemas de saúde².

Ao sujeitar-se ao uso de medicamentos psicotrópicos, o profissional de saúde pode mostrar mudanças de comportamento, apresentando um desempenho indesejável

como: baixo rendimento, alto índice de faltas ao serviço, não colaborativo com a equipe, desconforto social no ambiente de serviço, além de estar mais vulnerável a erros e acidentes³. Por esses e outros motivos os profissionais da área da saúde merecem atenção especial quando o assunto é o uso de medicamentos psicotrópicos, pois são eles os profissionais responsáveis pelas orientações básicas à saúde da população que acessa e utiliza diariamente os serviços de saúde pública.

SITUAÇÃO PROBLEMA IDENTIFICADA

Narotina dos serviços de saúde o profissional, autor deste projeto, ouvia frequentes anseios dos colegas quanto à percepção que tinham acerca do indiscriminado uso de substâncias psicoativas pelos colegas, profissionais dos serviços de saúde pública. Consideravam que este problema se mantinha pelo acesso facilitado à prescrição destas substâncias pelos colegas médicos da atenção básica. Alguns destes funcionários realizaram consulta com médico psiquiatra, outros consultaram com médico clínico geral, o qual realiza a prescrição do medicamento que mais condiz com os sintomas que o funcionário está apresentando, outros ainda, já chegam com a receita preenchida em mãos, apenas para o médico realizar a assinatura, e o mesmo não realiza nenhum tipo de questionamento sobre a receita. Com base nesta situação problema, justifica-se um projeto de intervenção para conhecer fatores que favorecem esta prática e a partir de então planejar ações que possam atender necessidades de saúde do trabalhador.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Para o planejamento das ações deste

projeto foi preciso buscar informações nos relatórios de gestão municipal para identificar a situação atual acerca das condições de vida das pessoas:

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DO TERRITÓRIO

A cidade-sede deste estudo está localizada na região central do Estado do Paraná, a uma distância de 384,07 km da sede municipal até a capital do Estado. Possui 4 distritos administrativos e uma área territorial de 434,662 km². Conforme dados do Censo de 2010⁴, a população era de 31.816 habitantes, entretanto com uma população estimada de 32.715 habitantes no ano de 2016.

Do total de habitantes, 20.120 têm a cor da pele branca (63,2%); 10.573 têm a cor da pele parda (33,2%); 794 têm a cor da pele preta (2,4%), 308 têm a cor da pele amarela (0,9%) e 21 habitantes indígenas (0,06%). O estado possui uma densidade demográfica de 75,25 hab/km² e um grau de urbanização de 86,24%. Atualmente tem um índice de desenvolvimento humano (IDH-M) de 0,730; e uma esperança de vida ao nascer de 74,63 anos⁵. Sua economia é baseada no comércio varejista e na agropecuária, com destaque para a produção de aves, suínos, eqüinos, bovinos e ovinos, e o plantio de soja, trigo e milho⁵.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO

O total de óbitos (2016) foi de 283 pessoas, divididos em:

- Doenças do aparelho circulatório 90: (31,8%);
- Neoplasias (Tumores): 44 (15,5%);
- Causas externas: 29 (10,2%);

- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: 27 (9,5%);
- Doenças do aparelho respiratório: 26 (9,1%);
- Doenças do aparelho digestivo: 17 (6%);
- Doenças do sistema nervoso: 11 (3,8%);
- Doenças infecciosas e parasitárias, e algumas afecções originadas no período perinatal: 8 cada uma (2,8%);
- Óbitos não classificados: 6 (2,1);
- Doenças do aparelho geniturinário e transtornos mentais: 5 cada uma (1,7%);
- Doenças de malformação congênita, deformidades, anomalias cromossômicas: 3 (1,0%);
- Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários e da pele e do tecido celular subcutâneo: 2 cada uma (0,7%).

No ano de 2016 não houve óbitos maternos, a taxa de mortalidade infantil (TMI) foi de 4,75/1000 nascidos vivos, e o índice de mortalidade geral foi de 8,65/1000 habitantes.

ESTRUTURAS DE SAÚDE EXISTENTE

O Município conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); oito Centros de Saúde / Unidade Básica de Saúde, sendo que existem mais duas de construção e acabamento, oito Equipes Saúde da Família em funcionamento com uma equipe de saúde bucal instalada, significando uma cobertura de atenção básica de aproximadamente 70%; 11 Clínica Especializada / Ambulatório Especializado; três hospitais gerais (um SUS e dois conveniados ao SUS), lembrando que com isso chega um total de 186 leitos hospitalares, sendo 154 do SUS e 32 particulares; uma unidade de pronto atendimento (UPAs) em

fase de construção e acabamento; um laboratório de análises clínicas municipal; uma unidade do SAMU com ambulância básica e avançada, um centro odontológico municipal e o serviço de vigilância sanitária juntamente com o serviço de combate às endemias.

Na cidade ainda está localizada a sede da 22ª Regional de Saúde do Paraná e o Consórcio Intermunicipal de Saúde. A Secretária Municipal de Saúde possui um total de 176 funcionários na atenção básica, divididos nos mais variados cargos, enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem, médicos brasileiros e cubanos, fisioterapeuta, farmacêuticos, assistente social, dentista, nutricionista, psicóloga, bioquímica, motoristas, pessoal administrativo, fonoaudióloga, auxiliar de serviços gerais, agentes comunitários de saúde e de endemias.

DIAGNÓSTICOS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

No momento (2016) existe um projeto de extensão das Equipes Saúde da Família e do Programa de Agentes de Endemias, para a realização da cobertura total do município, aumentar a cobertura de saúde bucal, pois existem mais duas cadeiras odontológicas instaladas, mas estão paradas por falta de profissionais. O serviço médico de ginecologia é deficitário, pois existe atendimento apenas três vezes por semana, o que acarreta a criação de uma fila de espera; o serviço médico de pediatria atualmente é composto por dois médicos, porém eles atendem as crianças uma única vez por semana cada um, entretanto um tem o título de pediatra e o outro não.

É preciso aumentar os profissionais da área da psicologia, pois há duas psicólogas que atendem a todo o município, gerando uma enorme fila de espera e conseqüentemente aumentando o uso de medicamentos psicotrópicos por parte

da população, pois esta não tem a opção de uma terapia psicológica. O serviço médico de psiquiatria é agendado, com atendimentos sendo realizados na sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde, contudo no momento o mesmo encontra-se parado, sem previsão de volta em curto prazo.

IDENTIFICAÇÃO, DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA OU NECESSIDADE DE SAÚDE A SER ATENDIDA

O uso indiscriminado de medicamentos psicoativos, por parte dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do município, pode estar se tornando cada vez mais alto, principalmente pelo fácil acesso à prescrição dos mesmos pelos médicos trabalhadores do serviço de saúde municipal. O TCC/PA visa trabalhar com esta população, tentando entender o motivo do uso, quais medicamentos mais utilizados, e posteriormente, junto com o serviço de psicologia, propor uma modalidade terapêutica para assim realizar a redução de danos com esta população.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

• Levantar a prevalência do uso de medicamentos psicoativos entre os funcionários da Secretaria de Saúde, atuantes na Atenção Básica do município.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

• Analisar o índice geral de uso de medicamentos psicoativos nos funcionários da Atenção Básica do município, divididos por gênero e relacionar com o grau de instrução dos mesmos;

• Identificar fatores que levam os funcionários da Atenção Básica do município a fazer uso de medicamentos psicoativos;

• Levantar as classes de medicamentos psicoativos pelos funcionários da Atenção Básica do município.

REVISÃO DE LITERATURA

Os custos para a readaptação de ações e procedimentos farmacêuticos visando o uso consciente dos medicamentos são primordiais em uma sociedade em que os fármacos formam o conjunto terapêutico mais utilizado. Assim, além da garantia do acesso aos serviços de saúde e a medicamentos de qualidade, é necessária a introdução de rotinas assistenciais que favoreçam o uso coerente de medicamentos, possibilitando resultados que influenciem diretamente os indicadores sanitários⁶.

Hoje em dia não existe nenhuma sociedade que esteja livre das substâncias psicoativas, sejam elas, lícitas ou ilícitas, distribuídas e comercializadas com ou sem o aval dos serviços públicos e privados, legalmente ou ilegalmente. O consumo de álcool, medicamentos e drogas ilícitas está presente em todos os países. Os medicamentos psicotrópicos combatem os transtornos mentais, como ansiedade, depressão, angústia, insônia, entre outros³. Pensando nisto, eles devem ser prescritos por pessoas habilitadas e cientes dos bens e dos riscos que este medicamento pode ocasionar.

O uso de substâncias psicoativas entre a população, principalmente as prescritas por profissionais de saúde, é bem tolerado. Independentemente do motivo o qual levou à sua prescrição. Mesmo entre os profissionais de saúde, o seu uso não é tido como proibido, ele é aceito e muito bem tolerado, mesmo por aqueles

que em teoria sabem os malefícios que o uso destas substâncias pode trazer. Contudo, o uso abusivo de substâncias psicoativas tem sido alvo de preocupação da sociedade, e dos órgãos de saúde, em virtude do aumento de seu consumo nas últimas décadas.

Esse problema pode estar correlacionado ao crescimento da criminalidade, a acidentes automotivos, a comportamentos antissociais e à evasão escolar, elevadas taxas de absenteísmo nos serviços, principalmente no serviço público⁷. Em meio a tudo isto, estão inseridos os profissionais de saúde, pessoas que convivem diariamente com as substâncias psicoativas, pois lidam praticamente todos os dias com tais tipos de medicamentos, e também com os seus prescritores, os profissionais médicos.

O uso de psicofármacos por parte de profissionais de saúde está tornando cada vez mais rotineiro, seja pelo fato da rotina de serviço ser cada vez mais desgastante, seja pelo fácil acesso a esses produtos. Os profissionais de saúde fazem parte de um grupo de trabalhadores do qual o processo de trabalho é extremamente peculiar, no qual integram habilidades técnicas e relações interpessoais, além do compromisso implícito, demandando grandes e crescentes responsabilidades².

Assim sendo, o trabalho na área da saúde pode gerar esgotamento, sofrimento e comprometimento, tanto físico quanto mental, para o profissional que realiza as atividades, ora na prevenção de doenças ou na recuperação da saúde das pessoas. Com isto estas pessoas ficam mais expostas a um contexto de vulnerabilidade mental, incluindo depressão e cansaço, permanecendo muitas vezes inclinadas ao uso de substâncias psicoativas, para amenizar os efeitos das situações do dia a dia.

Muitos dos profissionais de saúde acabam

por desenvolver a convicção de que são capazes de controlar os problemas que eventualmente possam surgir do seu uso indevido de substâncias psicoativas. Vale salientar que os profissionais da área de saúde detêm maior conhecimento acerca das substâncias psicoativas e possuem um acesso mais fácil a essas substâncias ou a prescrição das mesmas, o que, aliado ao estresse do trabalho, torna esse grupo mais vulnerável e susceptível⁸.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

MATERIAIS E MÉTODOS

Será utilizado um questionário semiestruturado, aplicado de forma individual, contendo perguntas abertas e fechadas composta de duas partes. A primeira é destinada à obtenção de dados de identificação do entrevistado. A segunda parte são questões sobre o uso de medicamentos psicotrópicos. No próprio questionário haverá uma pergunta referente à participação em grupos multiprofissionais de apoio aos profissionais, e a princípio não será excluído nenhum funcionário que queira participar do grupo, mas os alvos principais serão os profissionais que fazem uso de medicamentos psicoativos.

Antes de ser iniciado o projeto deve ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e apresentar todos os documentos solicitados, tais como: autorização do gestor local, Termos e Declarações de Consentimento Livre e Esclarecido.

PÚBLICO-ALVO

Todos os funcionários da Secretaria

Municipal de Saúde do Município que atuam na atenção básica, que é composta de profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos nacionais e estrangeiros, fonoaudiólogas, psicólogas, assistente social, farmacêuticos e bioquímicos, nutricionista, fisioterapeuta, dentistas, auxiliar de odontologia e agentes comunitários de saúde e de endemias) e pessoal de apoio (auxiliar de serviços gerais, técnicos administrativos, motoristas, telefonista).

O participante poderá optar por responder ou não ao questionário e, se optar por participar do projeto, não será obrigatório a responder a todas as perguntas, pois o questionário terá algumas questões referentes ao uso anterior ou atual de medicamento psicotrópico. Posteriormente os participantes serão separados em duas categorias: os que já fizeram ou fazem uso atual de medicamentos psicotrópicos e os que não.

RESULTADOS ESPERADOS

Em primeiro lugar, assim como prioriza a Política Nacional de Redução de Danos⁹, a intenção com esta pesquisa não é acabar com o uso de medicamentos psicotrópicos por parte dos profissionais da Atenção Básica do município, mas sim contribuir, para que os funcionários realizem um consumo racional dos mesmos. De maneira alguma a intenção é impor alguma mudança de conduta na vida dos profissionais, mas sim conhecer os determinantes desta conduta e propor uma escuta empática, e aberta a conversas e reflexões sobre o assunto. Em segundo lugar contribuir para futuros questionamentos e debates sobre o assunto e pesquisas sobre este.

Também após o término do projeto haverá uma devolutiva para os profissionais da atenção básica, contendo os dados mais importantes do projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devemos estar atentos à saúde mental dos profissionais de saúde, pois eles realizam um trabalho de extrema importância e relevância para a população, assim ficando atentos aos sinais que os mesmos podem vir a apresentar, como estresse, fadiga psicológica, problemas emocionais, entre outros, para que não ocorra a possibilidade destes profissionais ficarem incapacitados de realizarem o seu serviço e atenderem à população com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Martins ERC, Correa AK. Lidar Com Substâncias Psicoativas: O Significado Para o Trabalhador de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004, vol.12, n.spe, pp.398-405. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12nspe/v12nspea15.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2016.
2. Baggio MA, Formaggio FM. Automedicação: Desvelando o Descuidado de Si dos Profissionais de Enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):224-8. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a15.pdf>>. Acesso em 01 de set. de 2016.
3. Dias JRF, Araújo CS, Martins ERC, Clos AC, Francisco MTR, Sampaio CEP. Fatores Predisponentes ao uso Próprio de Psicotrópicos por Profissionais de Enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):445-51. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a18.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2016.
4. BRASIL. IBGE 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>
5. IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – Caderno Estatístico Município de Ivaiporã Julho 2017. Disponível em <<http://ipardes.gov.br/cadernos/MonteCadPdf1.php?Municipio=86870>>. Acesso em 10 de julho de 2017.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf>. Acesso em 13 de outubro de 2016.

7. Laranjeiras R. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0201.pdf>>. Acesso em: 16 de ago. de 2016.

8. Teixeira RF, Souza RS, Buaiz V, Siqueira MM. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3):655-662. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a07>>. Acesso em: 15 de set. 2016.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de Julho de 2005.

ANEXO: QUESTIONÁRIO

- 1) Idade: Sexo: Função: Estado civil:
 - 2) Escolaridade:
 - 3) Nacionalidade:
 - 4) Tempo de serviço na Secretaria de Saúde:
 - 5) Você já fez uso de medicamentos psicoativos?
 - 6) Você atualmente faz uso de medicamentos psicoativos?
 - 7) Por quanto tempo você fez uso de medicamento controlado?
 - 8) Você lembra o nome do(s) medicamento(s) que usou?
 - 9) Qual o nome deste(s) medicamento(s)?
 - 10) Há quanto tempo você usa este(s) medicamento(s)?
 - 11) Qual foi o motivo que o (a) levou a tomar este(s) medicamento(s)?
 - 12) Você já faltou ao serviço por causa deste(s) motivo(s)?
 - 13) Depois que você começou a tomar este(s) medicamento(s) houve melhora da causa (sintomas) que o (a) levou a tomá-lo(s)?
 - 14) Quem te receitou este(s) medicamento(s)?
 - 15) Você faz acompanhamento regular com médico psiquiatra ou clínico geral?
 - 16) Este médico chegou a um diagnóstico?
 - 17) Se sim qual?
 - 18) Você nota que o uso deste(s) medicamento(s) o faz ficar limitado (a) durante a sua jornada de trabalho?
 - 19) Você já fez ou faz acompanhamento com psicólogo?
 - 20) Você faz uso de álcool? Qual a frequência?
 - 21) Você faz uso de fumo? Qual a frequência?
 - 22) Você já tentou parar de usar este medicamento?
 - 23) Você já solicitou a prescrição de algum medicamento para algum médico? Qual medicamento? E por quê?
 - 24) Você aceitaria participar de um grupo de saúde mental voltado apenas para profissionais de saúde do município (atenção básica)?
-

VISIBILIDADE DO RISCO PSÍQUICO EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Visibility of psychic risk in children in Primary Care

Isabel Cristina Soder¹, Inês Terezinha Pastório², Giseli Cipriano Rodacoski³

1. Psicóloga pela UFPR. Especialista em Educação Especial pela UNIOESTE – campus Marechal Cândido Rondon e em Psicanálise Clínica pela PUCPR- campus Toledo. <https://orcid.org/0000-0001-5229-5881>
2. Assistente Social pela UNIOESTE. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Ambientais e Sustentabilidade (GEPPAS) e do Grupo Interdisciplinar e Interinstitucional de Pesquisa e Extensão em Desenvolvimento Sustentável (UNIOESTE). Mestre e Doutoranda em Desenvolvimento Rural Sustentável (PPGDRS), pela UNIOESTE, Campus de Marechal Cândido Rondon. <https://orcid.org/0000-0002-4449-2591>
3. Psicóloga, Mestre em Educação, Doutora em Biotecnologia – linha de pesquisa: Ensino na Saúde. Professora na Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba-PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>

CONTATO: Isabel Cristina Soder | Avenida Maripá, 6999/7001 | Toledo | PR | (45) 33791449 | isabelsoder@hotmail.com

COMO CITAR Soder IC, Pastório IT, Rodacoski GC. Visibilidade do risco psíquico em crianças na atenção primária. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Supl 2): 47-52



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO A fim de sensibilizar e esclarecer possíveis sinais de sofrimento psíquico em bebês, ou algum tipo de risco à saúde mental, com vistas a uma estimulação a tempo, o presente Projeto Aplicativo tem como objetivo realizar um acompanhamento permanente de uma Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) de um território. A metodologia utilizada para elaboração foi pesquisa bibliográfica e de dados acerca da realidade do município e suas necessidades. Para a execução do projeto, a metodologia escolhida foi ações de matriciamento, através dos itens/sinais que estão contemplados nos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Como resultado é esperada a conscientização dos profissionais da atenção primária acerca da necessidade de acompanhamento da saúde mental dos bebês e suas famílias, como também ações que possam envolver a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para uma estimulação a tempo neste aspecto.

PALAVRAS-CHAVE: Criança. Saúde Mental. Continuidade de Assistência ao Paciente. Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT In order to sensitize and clarify possible signs of mental suffering in infants, or any type of risk to mental health, aiming at timely stimulation, the present Application Project aims to carry out permanent monitoring of a Primary Health Care Unit of a territory. The methodology used for elaboration was bibliographical and data research about the reality of the municipality and its needs. For the project implementation, the chosen methodology was matriciation actions, through the items/signs that are contemplated in the Clinical Indicators of Risk (IRDI) for Child Development. Regarding the results, these cannot be presented because it is a pilot project to be developed; however, it is expected that the primary care professionals become aware of the need to monitor the mental health of the babies and their families, as well as actions that may involve the Psychosocial Care Network (RAPS) for timely stimulation in this regard.

KEYWORDS: Child. Mental Health. Continuity of Patient Care. Child Development.

INTRODUÇÃO

O documento aqui apresentado versa sobre um Projeto Aplicativo, desenvolvido e apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Saúde Pública do Paraná – Curso de Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde.

A intervenção a tempo é necessária assim que observados os primeiros sinais indicando que a inserção na cultura não está ocorrendo, havendo comportamentos no bebê que rejeitam de alguma forma o afeto e os vínculos com as figuras próximas.

Acreditamos que, conforme alguns estudos, algumas intervenções em relação às figuras de afeto e no ambiente relacional possam auxiliar na diminuição do sofrimento psíquico do bebê em início de construção.

Diante deste pressuposto, foi pesquisado sobre os indicadores possíveis e encontrado o IRDI, que aparentou maior consonância aos aspectos acreditados do desenvolvimento do psiquismo humano. Além disso, o mesmo encontra-se em consonância com novas leis que protegem o desenvolvimento integral das crianças.

Diante deste desafio, e com as políticas públicas de saúde, educação e assistência social, a criança, como sujeito de direitos, tem papel principal sendo prioridade absoluta para atendimento, necessitando que os serviços se articulem para garantir o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Para isso, observamos com maior carinho o trabalho das Unidades Primárias de Saúde, com projetos como o da Mãe Paranaense que prevê visitas ao

recém-nascido e acompanhamento durante os primeiros anos de vida em relação a sua saúde integral.

Torna-se importante esta aproximação da atenção primária com o campo da saúde mental, ampliando a rede de atendimento e acompanhamento nos processos de cuidado, fazendo jus a Política de Saúde Pública.

Os CAPS, que são componentes estratégicos da saúde mental pública, têm dentre suas atribuições realizar o apoio matricial. Neste sentido o presente projeto faz parte da política de desinstitucionalização psiquiátrica e ao mesmo tempo uma questão de acesso integral à saúde, em seu próprio território, comunidade, voltando-se a prevenção de transtornos e/ou agravos de quadros de transtorno mental também ao público infantil no quesito prevenção.

Assim como ações de prevenção e reinserção, a articulação com os territórios acaba se tornando um campo de atuação importante, tanto no descobrimento precoce e assim evitando agravos, quanto também ao seu encaminhamento e orientações.

Sendo criado com os objetivos acima expostos. Embora haja certa resistência de alguns estudiosos quanto ao uso indiscriminado de protocolos onde constam os sinais de risco (IRDI), ou outros, optamos por valorizar a relevância do conhecimento que este pode contribuir com os profissionais de saúde quanto às intervenções em tempo, e até mesmo justificando a criação de serviços especializados e a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou plano de cuidados em saúde mental, envolvendo não somente instituições especializadas, como toda a rede da comunidade (RAPS).

Neste sentido, ampliando a observação dos bebês para além dos itens previstos na Rede Mãe Paranaense, longe de rotular ou culpabilizar

as mães, podem ser estabelecidos contatos saudáveis e acolhimento da rede quanto à maternagem.

Levando em conta a abordagem teórica escolhida para este trabalho, a criança está num processo de construção de sua subjetividade, e a intervenção a tempo (até 4 anos) pode ser feita mais facilmente, pelo fato da dificuldade em seu desenvolvimento ser possível de passar por recursos de criação ou restauração de condições favoráveis para a saúde mental da criança. Além disso, a abordagem neuropsicológica fala da plasticidade cerebral maior nesta época da vida¹.

Mesmo sendo preconizado no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) que o IRDI, ou outro protocolo de identificação precoce, seja utilizado nas consultas pediátricas, a noção de desenvolvimento e construção do aparelho psíquico e a intervenção a tempo beneficiam todos os envolvidos com a saúde mental e RAPS.

O Projeto de Aplicação aqui proposto como uma ação integrada entre os serviços se tornará uma ferramenta essencial, tanto para o melhor desenvolvimento infantil, quanto para a prevenção de agravos, e cumprimento das metas da política pública do município.

Segundo Lancetti², o matriciamento acontece com parcerias entre equipes de saúde mental ou de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Estratégia da Saúde da Família (ESF) ou Atenção Primária à Saúde (APS), sendo o usuário responsável destas equipes, parceria que necessita ser construída.

METODOLOGIA

A metodologia de um projeto abrange tanto teorias como um conjunto de técnicas para torná-la realidade. São inseparáveis, articulam a realidade com hipóteses e conteúdos. No

que se refere às técnicas, estas devem ser um "instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática"³.

A metodologia escolhida para a realização do presente projeto foi primeiramente a pesquisa bibliográfica, com a finalidade de obter informações sobre o tema. Para a execução do projeto elegeu-se o denominado apoio matricial, por ser uma das atividades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e contemplar conhecimentos específicos de uma especialidade para profissionais de outras áreas, com a finalidade de acolhimento integral das demandas em saúde das crianças.

Melo⁴, em seu material sobre apoio matricial na Atenção Primária, lembra que quem matricula também é matriciado. Este trabalho implica em produzir arranjos que articulam todas as tecnologias pedagógicas e clínico-assistenciais e situações concretas, com vistas a ampliar a capacidade de cuidado de uma equipe de ESF ou APS. O mesmo autor, cita Merhy^{5,4}, que fala que nesta ação a tecnologia a ser utilizada é a classificada como leve, pois não depende de aparelhagem e sim do campo relacional, momentos de acolhimento, de produção de vínculo e responsabilização, ocorrendo apenas durante o matriciamento propriamente dito. Implica em abertura e organização poderem coexistir, impedindo o enrijecimento e ao mesmo tempo dar matéria para as ações.

Durante a reunião de matriciamento será realizada a explanação dos 31 itens que compõem o protocolo IRDI aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe da APS/ESF interessada, ocorrendo a explicação dos itens e sobre o desenvolvimento da criança de até 18 meses.

Será exposto também que o protocolo em si só será aplicado em casos justificados pelas

relações observáveis entre mãe e bebê e a presença de sinais. De preferência acompanhadas pela Rede Mãe Paranaense, ou por solicitações.

No que se refere aos recursos humanos, físicos, serão necessários profissionais de saúde com conhecimentos sobre o desenvolvimento psíquico infantil da própria Secretaria de Saúde Profissionais da UAPS e/ou ESF e Usuários da Rede Mãe Paranaense. Quanto aos físicos, será necessário um local para que as etapas sejam realizadas, e que preferencialmente elas possam ser na UBS ou em sala da Escola de Administração Pública, oportunizado em horário ou turno de trabalho dos profissionais. Os recursos financeiros serão pequenos, pois será utilizada estrutura própria da UAPS ou outra estrutura pública e materiais já disponíveis como: Multimídia (do próprio local ou CAPS) com acesso à internet autorizado pelo setor de informática da Prefeitura de Toledo, documentários, folhas sulfite para anotações gerais (cerca de 10 por participante), canetas, fotocópia de material produzido anteriormente para dar suporte para as discussões.

RESULTADOS

Este trabalho não tem fins quantitativos, nem de diagnóstico, objetivando a conscientização de um olhar diferenciado aos aspectos contemplados no IRDI.

Percebe-se que a utilização de métodos clínicos isolados sem levar em conta o todo, no sentido da integralidade da pessoa em sua comunidade, família e escola, não alcançam os objetivos em questões que se tornam cruciais para o desenvolvimento das potencialidades das crianças em risco de/ou em sofrimento psíquico.

No documento sobre o Fórum Nacional de

Saúde Mental Infantojuvenil é recomendada a articulação entre os setores de saúde e educação, para ações no que diz respeito à educação inclusiva, respeitando a política de inclusão do MEC, que orienta sistemas de ensino inclusivos para todos os alunos com transtornos mentais e outros tipos de deficiências.

No que tange à Saúde mental e à atenção primária, o documento ressalta a importância de os CAPS se articularem à rede do PSF e da atenção primária e ambulatorial, de modo a cumprir os princípios e as diretrizes da política de saúde mental do território. Através do matriciamento, nas unidades básicas de saúde, pode ser promovido o fluxo dos usuários na rede de serviços e a comunicação entre profissionais da saúde nos encaminhamentos⁵.

Desta maneira, este Projeto de Aplicação cumpre os objetivos da Reforma Psiquiátrica, do Estatuto da Criança e do Adolescente, assim como nas políticas públicas, justificando-se assim a sua implantação.

Além disso, o projeto se justifica devido à importância em haver identificação e intervenção precoce nos casos de sinais de risco psíquico observáveis já nos primeiros 18 meses de vida da criança. Aumentando os conhecimentos dos profissionais de saúde a este respeito, a probabilidade de diminuição de preconceitos e intervenção a tempo para diminuição de agravos é significativa.

DISCUSSÃO

O projeto mostra-se viável por sua importância ao desenvolvimento integral infantil, pelo fato de existirem usuários que se beneficiarão e componentes das equipes interessados em saúde mental, além de o

projeto ser de baixo custo para o Município, pois serão convidados profissionais da rede para o desenvolvimento e abordagem dos temas e conteúdos propostos, havendo uma significativa melhora na qualidade do atendimento e redução de danos.

A grande demanda de trabalho dos profissionais é uma variável impeditiva para a execução do projeto, e realizá-lo fora do horário deste muitas vezes desmotiva o profissional, inviabilizando o propósito a que se destina.

Ao final da execução deste projeto, os profissionais poderão sentir a importância de olharem as demandas em saúde mental também na UB, e sentirem-se capacitados em poder observar sinais de risco psíquico em crianças acompanhadas, modos de acolhimento e sobre dar informações sobre a intervenção a tempo e encaminhamentos se necessários. Durante os encontros de matriciamento será possível identificar e mapear possíveis casos que necessitem de intervenção em saúde mental.

Acompanhando o desenvolvimento de tarefas ao longo de um determinado tempo, formulando hipóteses sobre o observado e através da análise dos indicadores será possível obter informações sobre os resultados.

Através do levantamento de dados do número de casos encaminhados para avaliação de especialistas no início do processo e os detectados após as explicações sobre os indicadores pode-se inferir a eficácia do processo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê todos os aspectos para o desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes, prevendo remoção de obstáculos a ele sempre que necessário.

O Ministério da Saúde aponta a atenção

primária como um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Sendo a saúde mental um aspecto transversal e intersetorial, é necessário que seja feito o trabalho em rede de todos os dispositivos que existirem nas diversas áreas municipais. Este pode ser propiciado através do matriciamento que é uma das atribuições dos CAPS.

Assim como ações de prevenção e reinserção, a articulação com os territórios acaba se tornando um campo de atuação importante, tanto no descobrimento precoce e assim evitando agravos, quanto também ao seu encaminhamento e orientações.

Mostra-se um projeto viável para transformação e melhora da realidade existente, sendo de grande importância a saúde mental dos cidadãos do município.

CONCLUSÃO

A perspectiva de saúde integral da criança torna-se condição primeira para compreender a importância da intervenção a tempo, na busca da prevenção ou diminuição de agravos.

Com este intuito, somente com um acompanhamento da criança com intervalos breves nos primeiros meses de vida, observando os primeiros sinais de que algo não vai bem, no que se refere às primeiras relações afetivas, seria possível intervir de forma positiva.

Com o processo da desinstitucionalização psiquiátrica, a figura do cidadão torna-se central diante da comunidade, família e os serviços que o cercam. Gerando a constituição de uma rede de cuidados pautados no respeito à individualidade e direito ao tratamento pelo setor público.

Assim, considera-se este trabalho como sendo de grande importância, pois prevê o acolhimento do indivíduo em formação e os diversos braços que o cercam, sendo capaz de gerar mudanças nestes segmentos para, então, olhar com singularidade para este ou estes que sofrem com a dificuldade em se constituir integralmente como sujeito ativo em sua própria história e na capacidade em estabelecer e manter laços sociais.

REFERÊNCIAS

1. Kupfer MCM et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, 6(1), 48-68. [Links]
2. Lancetti A. Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental. Mod. 3 – O Projeto Terapêutico Singular e o Trabalho de Matriciamento. ED. UNA – SUS/UNIFESP, 2015.
3. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. PESQUISA SOCIAL: Teorias, métodos e criatividade. 30ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
4. Melo EA, org. Trabalho em equipe na perspectiva da organização e pactuação inicial do trabalho. In Melo, EA, org. Caderno do Curso de Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos NASF: Aperfeiçoamento. 2ª Ed. Rio de Janeiro-RJ: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2016.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: Recomendações de 2005 a 2012. Brasília –DF 2014.

GRUPOS BALINT-PAIDÉIA: UMA CLÍNICA REFLEXIVA PARA AS EQUIPES DE AP NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

Balint-Paideia Groups: a reflexive clinic for Primary Health Care teams regarding Mental Health Care

Maïke Bruinjé¹, Deivisson Vianna Dantas dos Santos²

1. Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II) Colombo-PR e Psicóloga Clínica e Psicopedagoga em Curitiba-PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9140-9279>.
2. Médico, Psiquiatra, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP, Professor Doutor na Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1198-1890>

CONTATO: Maïke Bruinjé | Rua São Francisco, 232 | Centro | CEP 80020-120 | Curitiba | PR | Cel (41) 98802-7077 | Email: maïkebruinje@yahoo.com

COMO CITAR Bruinjé M, Santos DVD. Grupos BALINT-PAIDÉIA: uma clínica reflexiva para as equipes de AP no âmbito da saúde mental. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Suppl 2): 53-65



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO Os grupos Balint estudavam a relação médico-paciente, as transferências e contratransferências destas relações. Já o método grupal Paidéia trata-se de uma rede de apoio, com dispositivos de clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referências e apoio matricial e institucional. O estudo em pauta propõe a implantação do grupo “BALINT-PAIDÉIA”¹ como uma clínica reflexiva para as equipes de atenção primária no âmbito da saúde mental do município de Colombo, região metropolitana de Curitiba-PR. Acredita-se, conforme pesquisas, que o método contribua para a ampliação das análises de intervenções, e a redução das filas dos usuários com diminuição dos encaminhamentos equivocados; tendo-se como expectativas a melhora no atendimento aos usuários do serviço de saúde e na qualidade de vida da população, incluindo dos servidores. O estudo ainda inclui ferramentas

para aplicação do projeto; por meio da revisão literária, da proposta metodológica e anexos que incluem roteiros de apresentação de casos clínicos e gerenciais.

PALAVRAS-CHAVE: Balint. Paideia. Balint-Paideia. Clínica Reflexiva. Clínica Ampliada.

ABSTRACT Balint groups studied the doctor-patients relationship and the transferences and countertransferences regarding these relationships. On the other hand, Paideia groups are a support network, with expanded clinic standards, singular therapeutic project, references team and matrix and institutional support. The purpose of this project is the implantation of a "BALINT-PAIDEIA"¹ group, as a reflexive clinic for the Primary Health Care teams regarding Mental Health Care in the city of Colombo, Metropolitan region of Curitiba, in the state of Paraná. Research shows that this method contributes to the expansion of intervention analyses, reducing patient's queues and wrong referrals. The aim is the improvement of Health Care Services and of the quality of life of the population, including the staff members of these services. The study also includes tools for the project application through literature review, methodological proposal and attachments that include clinical and management cases presentation scripts.

KEYWORDS: Balint. Paideia. Balint-Paideia. Reflexive Clinic. Expanded Clinic.

INTRODUÇÃO

Embora com diversas definições, pode-se concluir que o conceito de Saúde Mental não se limita a ausência de transtornos mentais. Com influências históricas, em principais Europeias, e devido a pesquisas indicativas de diminuição de custos, é preconizado atualmente no Brasil, que a Atenção Primária deva resolver 80% dos problemas de saúde da população; o que inclui a maior parte do tratamento em saúde mental. Fator que também é congruente com os preceitos da reforma psiquiátrica. Pesquisas em países desenvolvidos, nos quais os tratamentos em saúde mental são descentralizados, indicam redução dos índices de doenças mentais, de uso de medicação psicotrópica e custos oriundos de

tais tratamentos; denotando maior resolubilidade. Entretanto, a maioria dos servidores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) não recebeu treinamento para atuar com saúde mental. Muitos sofrem com suas próprias questões emocionais e não recebem apoio. Entende-se que o acolhimento, o cuidado, a escuta e a orientação podem auxiliar na diminuição do sofrimento. A questão em pauta é como acolher e cuidar sem ser acolhido e cuidado? Como escutar o outro em seu sofrimento sem receber uma escuta de suas próprias questões? Cabe-se um atendimento efetivo por parte da atenção primária enquanto a maioria dos atuantes não recebe orientação, treinamento e apoio para

lidar com as demandas dos usuários de Saúde Mental.

Pesquisa realizada² indica que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução e indicam que os profissionais devem apropriar-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência integral, existindo necessidade de investimentos para qualificação dos mesmos. Autores observaram que a melhor estratégia para se conseguir êxito na assistência ao doente mental no Programa de Saúde da Família (PSF) foi o investimento na qualificação dos profissionais através de educação e capacitação permanente nesta área. A capacitação contínua do profissional é necessária e de suma importância para as práticas de saúde, especialmente considerando a alta frequência de usuários com sofrimento psíquico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e destaca-se que grande parte de usuários com transtorno mental está sendo tratada na atenção básica³. Desta forma, a proposta deste projeto é ofertar aos servidores de atenção primária, Grupos Balint-Paidéia, visando o desenvolvimento de uma clínica reflexiva para as equipes de Atenção Primária no âmbito da saúde mental. Balint destacava a relação médico-paciente; focando na aprendizagem em lidar com os afetos inerentes a estas relações. O método grupal Paidéia trata-se de uma rede de apoio, com dispositivos de clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referências e apoio matricial. A partir da contribuição de BALINT autores¹ buscaram construir uma variação do seu método grupal, chamando de BALINT-PAIDÉIA, propondo mais um recurso de trabalho com outros dispositivos. A proposta em pauta é expandir para outros profissionais a possibilidade de discutir casos clínicos com auxílio de ferramentas da clínica ampliada, que incitará reflexões e trabalhará

questões de transferência e contratransferência entre usuário e servidor focando em aprender a lidar com os afetos inerentes de tais relações. Acredita-se que uma vez trabalhados tais conteúdos, ameniza-se os sofrimentos inerentes deste processo e contribui-se para o melhor atendimento ao usuário, e espera-se, ainda, que a aplicação do PA resulte na diminuição dos encaminhamentos equivocados e melhore a resolubilidade dos casos atendidos em saúde mental.

CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

O município cenário desta experiência está situado nas proximidades da Capital do estado e possui aproximadamente 230 mil habitantes, com uma área territorial de 197,805 km². O índice de desenvolvimento humano é de 0,733, o que faz o município ocupar a 73^a colocação de desenvolvimento humano municipal no ranking do Estado do Paraná. As principais ocupações são o comércio seguidos de reparação de veículos automotivos, objetos pessoais e domésticos; após vem a indústria de transformação; construção civil e serviços domésticos; dentre outras^{4,5}. De acordo com pesquisas consagradas, 12% da população brasileira necessitam de atendimento em saúde mental em algum momento da vida, ao menos 3% da população sofrem com transtornos mentais graves e persistentes e 6% com o uso de álcool e outras drogas^{6,7}. Considerando a estimativa populacional de Colombo, calcula-se que em torno de 41.400 pessoas necessitam de algum tipo de cuidado por terem problemas de saúde mental.

Os diferentes estudos epidemiológicos e da Organização Mundial da Saúde, indicam um percentual entre 10% e 20% da população

formada por crianças e adolescentes que apresentam algum tipo de transtorno no desenvolvimento, sendo que 3% do total da população infanto-juvenil sofrem de problema mental grave. A partir dos atendimentos de saúde mental registrados nos equipamentos de atenção psicossocial que fazem parte da rede municipal, em levantamento feito nos meses de Julho e Agosto de 2015, dos usuários com transtornos mentais atendidos no CAPS, prevalecem os transtornos de humor (42%), vindo em seguida os transtornos psicóticos (19%), transtornos ansiosos (10%), transtornos de personalidade (10%), e retardo mental (6%). Outros transtornos representam 13%. A maioria é do sexo feminino (67%), e os grupos de faixa etária são 40 a 49 anos (33%), 20 a 29 anos (29%), 30 a 39 anos (20%)^{8,9}.

De acordo com os registros da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, ocorreram no ano de 2015 em Colombo, no período compreendido entre os meses de Janeiro e Agosto, 74 tentativas de suicídio; as mulheres representando 67,6% desta população, sendo a maior taxa de tentativas concentrada na faixa etária de 15 a 24 anos. Em 2013 ocorreram 11 óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente; sendo a maior taxa de prevalência entre a faixa etária 40 a 49; sendo 72,7% do sexo masculino. Com base nestes dados, foi concluído que em Colombo as mulheres tentam o suicídio com maior frequência; embora os óbitos são maiores entre os homens. Os transtornos mentais e comportamentais representam 1,6 % do total de internações.⁹

Quanto à Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde, embora haja esforço no acolhimento e resolução dos casos, as UBS encontram dificuldades na realização das ações, tanto devido à falta de capacitação dos profissionais quanto à falta de estrutura adequada e de

pessoal. No que compete de 2010 a 2016, a atenção primária de Colombo cobriu apenas 2/3 do que deveria¹⁰. Considerando pesquisa do Ministério da Saúde ^{2,11,12,14}, a qual refere que 56% das equipes de Saúde da Família realizam ações de Saúde Mental, sendo demanda da atenção primária, conclui-se que falta apoio estrutural de saúde mental para a atenção primária. As ações de atendimento compartilhado com as equipes locais e de matriciamento são restritas. Essas deficiências geram um alto índice de encaminhamento para a atenção secundária e o município não atende os parâmetros para implantação de Equipe de Consultório de Rua; desta forma, as equipes precisam de apoio.

IDENTIFICAÇÃO DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA PASSÍVEL DE SER ENFRENTADO OU NECESSIDADE EM SAÚDE A SER ATENDIDA

Diante das questões expostas, observadas e analisadas no município, sabe-se que este possui algumas carências, que incluem a necessidade de expansão dos serviços de atenção básica, o que justifica os novos projetos de ampliação da cobertura da rede. A ausência de alguns profissionais tem ocasionado uma sobrecarga no trabalho dos profissionais disponíveis e um aumento na demanda reprimida por atendimentos. Desta forma, a proposta do trabalho em pauta é o desenvolvimento de uma clínica reflexiva, na qual os profissionais possam discutir seus casos clínicos, lidar com a subjetividade envolvida, discutindo transferências e contratransferências e afetos envolvidos, trocar ideias e receber indicações teóricas, com a busca de grupos solidários. Idealiza-se também expandir para a subjetividade das relações entre os profissionais da própria equipe e de apoio. Dentro desta

proposta, visa-se a diminuição da angústia e do estresse destes servidores, a ampliação das análises de intervenções, a redução das filas dos usuários e da demanda reprimida com diminuição dos encaminhamentos equivocados; tendo-se como expectativas, a melhora no atendimento aos usuários do serviço de saúde e na qualidade de vida da população, incluindo dos servidores.

OBJETIVO

OBJETIVO GERAL

Ofertar Grupos Balint-Paidéia visando o desenvolvimento de uma clínica reflexiva para as equipes de AP no âmbito da saúde mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar grupo Balint-Paidéia em 01 UBS do município de Colombo;
- Discutir casos clínicos, transferência e contratransferência, atendimento em Saúde Mental para os usuários na atenção primária com a equipe que será ofertada ao grupo;
- Avaliar a estratégia de grupo Balint na percepção dos trabalhadores participantes.

REVISÃO DE LITERATURA

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção básica tem um importante papel na assistência a certas demandas em Saúde Mental⁹, e tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde¹⁴. O cuidado em saúde mental na atenção básica é muito estratégico pela facilidade de

acesso das equipes aos usuários e vice-versa¹³. A Atenção Primária é reconhecida no mundo como responsável por solucionar as principais questões de saúde da região, incluindo saúde mental¹⁵. Um resumo da influência histórica nas diretrizes refere-se à Atenção Primária sendo definida como estratégica fundamental e porta de entrada do sistema de saúde¹⁶; é explicado que a partir da Alma Ata em 1978 a atenção primária deva resolver 80% dos problemas de saúde da população e, que desde 1994, no Brasil, a Atenção Primária vem ocorrendo principalmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que objetiva reorganizar a prática assistencial, centrando a atenção na família e preconizando ações de prevenção e promoção da saúde¹⁶. É entendido que as práticas em saúde mental na Atenção Primária podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde¹⁴.

O APOIO NECESSÁRIO PARA A AP NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

Estudo realizado relativo à percepção dos profissionais da Atenção básica referente à saúde mental aponta para uma problematização sobre a formação de equipes e falta de capacitação na área da saúde mental. O estudo ainda revela a presença de sofrimento nas falas dos profissionais, com manifestação de sentimentos de frustração e desesperança. As dificuldades percebidas são referentes à atuação em equipe, discussão de casos, organização dos atendimentos, realização da prevenção e estabelecimento do vínculo terapêutico³.

Apoio é uma mediação entre conhecimento e prática social e não somente uma tecnologia ou uma ferramenta.¹⁷ As diferenças entre Apoio Institucional e Apoio Matricial são: o primeiro uma metodologia que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão mediante a realização de co-gestão, complementando a forma de se desempenhar funções gerenciais como a de coordenação, planejamento e direção;

e o segundo, realizado no cotidiano das práticas entre profissionais de maneira compartilhada com os usuários, referindo-se ao apoio no contexto da clínica ampliada e da promoção, partindo de um lugar de um suposto saber, e ao mesmo tempo, de um poder profissional^{17,18}. Pode-se compreender ainda, que a metodologia Paidéia (Método da Roda) pode proporcionar ambas as formas de apoio aqui citadas; uma vez que pode ser utilizada tanto na gestão (Apoio Institucional) quanto na co-gestão de relações interprofissionais (Apoio Matricial)^{17,19}.

A dimensão de apoio conforme a clínica ampliada

A ampliação da clínica depende de ao menos 5 aspectos: Sensibilidade do profissional da saúde para buscar constantemente, nos encontros clínicos, uma percepção de si mesmo imerso em diversas forças e afetos; Disposição para buscar articular satisfatoriamente para cada situação singular, saberes e tecnologias diferentes; Disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos levando em conta as variáveis necessárias em cada momento; Capacidade para lidar com a relativa incerteza que estes desafios trazem; Disposição para trabalhar em equipe e construir grupalidade¹.

O GRUPO BALINT-PAIDÉIA COMO UMA ESTRATÉGIA DE APOIO: O QUE É O GRUPO BALINT-PAIDÉIA

Michael Balint, psiquiatra psicanalista, húngaro, em meados do século passado, desenvolveu sua técnica de grupos Balint. Tais grupos buscavam estudar a relação médico-paciente, estudando as transferências e contratransferências destas relações, visando na aprendizagem em lidar com os afetos inerentes das mesmas.^{20,21} O método grupal Paidéia trata-se de uma rede de apoio, com dispositivos de clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referências e apoio matricial e institucional.²²

A partir da contribuição de BALINT autores¹ buscaram construir uma variação do seu método grupal, chamando de BALINT-PAIDÉIA, propondo mais um recurso de trabalho com outros dispositivos e com o Método Paidéia para a Co-gestão. O "Grupo Balint-Paidéia" é ao mesmo tempo um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele, e o método trata-se de um grupo de discussões de casos clínicos gerenciais formados por médicos e enfermeiros das equipes de Atenção Básica, que durante os encontros apresentam seus casos, lidam com as subjetividades envolvidas, trocam ideias com a mediação do gestor/apoiador e recebem ofertas teóricas, buscando a grupalidade solidária e aumentando assim a capacidade de análise e intervenções¹. Vale lembrar que Balint destacava os tipos mais frequentes de transferências em seus grupos de trabalho (Profissional de saúde vs paciente; Profissional de saúde vs coordenador do grupo e Profissional de saúde vs o resto do grupo)²¹. Autores¹ acrescentam aos grupos Balint-Paidéia, padrões possíveis de transferência de cada profissional de saúde membro do grupo com a equipe e de cada profissional de saúde e as instâncias de gestão. No desenho da intervenção e nos anexos I e II, pode-se obter mais informações e compreensão do funcionamento dos grupos Balint-Paidéia; conforme segue.¹

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

METODOLOGIA UTILIZADA

O processo de aproximação com a com a unidade

Realização de 4 visitas à Unidade de Saúde, a fim de conhecer a UBS, suas demandas e dificuldades específicas, iniciar formação de

vínculo com a coordenação, expor a ideia do projeto e solicitar a viabilidade de dispor parte da equipe para os períodos da aplicação do projeto.

O desenho da intervenção (BALINT-PAIDÉIA)

Tentativa de participação de no mínimo 8 servidores, podendo ser ampliado a 10 participantes; conforme liberação da coordenação da UBS. Diferencialmente de Balint, a ideia é ampliar o acesso ao grupo a outros profissionais de saúde, potencializando o fortalecimento da Atenção Primária; sendo sugerido para tal, um médico, o coordenador da unidade de saúde, um enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 3 Agentes Comunitários de Saúde. Os grupos Balint tinham encontros semanais e uma duração média de 2 anos, às vezes se estendendo.²³ Para o PA em pauta, a proposta inicial é de que as atividades sejam realizadas quinzenalmente, e com uma duração de 3 meses como projeto piloto, podendo ser estendida, conforme avaliação e liberação do grupo e gestores. A Duração das atividades propostas é de 2 horas. Vale ressaltar a importância de apoiadores, sendo possível, indicada a participação da coordenação nos grupos. Seguem as atividades a serem realizadas nos grupos.

- **O Contrato:**

- Estabelecer combinados e parâmetros;
- Sigilo das informações.

- **Apresentação de casos e Ofertas teóricas ao grupo**

- Combinar roteiro a ser seguido (modelo de roteiro nos anexos I e II; baseado nas propostas de PTS e Clínica Ampliada);
- Combinar compromisso com caso apresentado;

- Propor bibliografia conforme temas selecionados em conjunto com grupo;

Alguns temas devem estar presentes, tais como: co-gestão e Apoio Matricial/Equipe de Referência, Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular, Clínica Ampliada e Abordagem Sistêmica da Família, Grupos Balint e Relatos de casos clínicos.

- Reservar períodos para discussão de casos e ofertas teóricas;
- Combinar momentos de reavaliação.

- **Atividades de educação à distância:**

- Utilizar as ferramentas da internet para disponibilizar bibliografias, propor compartilhamento de relatos e textos, espaço para discussão e fóruns.

ANÁLISE DE VIABILIDADE

O critério para viabilidade consiste nos recursos humanos (RH), financeiros e materiais e no tempo disponível para realizar o trabalho²⁴. Para RH será necessário um profissional treinado com conhecimento do Projeto, do funcionamento dos grupos Balint-Paidéia para aplicação do mesmo. Indica-se um profissional graduado; se possível psicólogo ou de áreas afins. Sugerida participação de ao menos 8 profissionais: um médico, o coordenador da unidade, um enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 3 Agentes Comunitários de Saúde; além do aplicador. Quanto aos recursos financeiros, a grande maioria dos custos será relativa ao investimento com a hora trabalho dos profissionais envolvidos. Os recursos materiais referem-se à disposição de sala, material de escritório, acesso à internet e impressão de textos. O quadro I refere-se à estimativa orçamentária, sendo a somatória das

despesas com RH e com materiais. Os cálculos de RH foram realizados considerando salários em níveis iniciais de carreira dos servidores, conforme dispostos no portal de transparência do site oficial da Prefeitura Municipal de Colombo²⁵, podendo divergir devido a incentivos, insalubridade, ascensão de carreira, reajustes e atualizações e considerando as horas propostas de aplicação do projeto piloto (14 horas). Vale ressaltar que os cálculos foram realizados considerando o projeto piloto, com encontros quinzenais durante o período de três meses e com equipe mínima sugerida; devendo os valores ser recalculados conforme a ampliação do tempo e da equipe.

Quadro I Orçamento estimado do PA

Recursos Financeiros e Materiais	
Total Despesas RH	R\$1.932,84
Total Despesas Materiais	R\$200,70
Total	R\$2.133,54

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Conforme o modelo de planejamento acima seguem as metas e indicadores estabelecidos como forma de monitoramento do projeto.

MONITORAMENTO

As metas estabelecidas serão obter 80% de presença dos participantes nos grupos durante o período proposto e conseguir realizar as atividades dentro do cronograma estabelecido. É estabelecida a análise das listas de frequência como indicador de desempenho, utilizadas para monitoramento destas metas. Sugerida revisão

da frequência e cronograma no decorrer da aplicação do projeto; sendo este papel do aplicador. Um bom momento para tal análise seria na metade do programa. Caso o projeto seja ampliado para prazo igual ou superior a um ano, sugerem-se análises trimestrais.

AVALIAÇÃO

Sugerida a realização da avaliação por meio de roda de conversa, ao término do projeto piloto, visando saber a opinião dos servidores envolvidos quanto às percepções relativas à participação no grupo, sua eficácia como ferramenta e instrumento de apoio e ampliação da clínica, contribuição em sua rotina de trabalho e bem-estar. A análise das frequências também será considerada para averiguar o comprometimento e participação do grupo no projeto.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se a ampliação da clínica, favorecendo a reflexão, buscando maior resolubilidade dos casos atendidos em saúde mental, melhora no atendimento aos usuários do serviço de saúde e na qualidade de vida da população, incluindo a dos servidores. São também esperadas, a redução do sofrimento psíquico daqueles que atuam com saúde mental e a diminuição dos afastamentos provenientes de doenças, muitas vezes desencadeada pelo trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DO PA

A leitura deste documento possibilita

conhecer o perfil socioeconômico e demográfico do Município de Colombo, bem como, a situação da saúde, estrutura existente e a análise crítica da Situação Estrutural da Saúde Mental. Diante dos achados expostos à proposta do projeto é o desenvolvimento de uma clínica reflexiva, na qual os profissionais possam discutir seus casos clínicos, lidar com a subjetividade envolvida, discutindo transferências e contratransferências e afetos envolvidos, trocar ideias e receber indicações teóricas, com a busca de grupos solidários. Desta forma, foi optado pelos Grupos Balint-Paidéia como estratégia de apoio, sendo objetivo do PA ofertar tais Grupos visando o desenvolvimento de uma clínica reflexiva para as equipes de AP no âmbito da saúde mental. A leitura possibilita também um breve entendimento sobre atenção primária; a saúde mental na atenção primária; o apoio necessário em saúde mental para a atenção primária e os grupos Balint como estratégia de apoio.

Espera-se que o leitor possa entender os funcionamentos dos grupos Balint-Paidéia, compreender a proposta do projeto, podendo ser um aplicador potencial e que a leitura proporcione ferramentas necessárias para aplicação do mesmo; por meio da revisão literária, da proposta metodológica, anexos que incluem roteiros de apresentação de casos clínicos e gerenciais; bem como das sugestões de monitoramento e avaliação. Vale ressaltar a troca de gestão no decorrer do desenvolvimento deste projeto, a qual afetou o seu andamento. Com esta experiência adquirida, sugere-se que o projeto seja proposto, aprovado e aplicado durante uma mesma gestão; minimizando as chances de descontinuidade do mesmo. Espera-se que a leitura cumpra seus objetivos e ainda possa despertar o interesse do leitor em se aprofundar nos estudos referentes aos grupos Balint-Paidéia como estratégia de apoio.

REFERÊNCIAS

1. Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT-PAIDÉIA - Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada – UNICAMP; 2010. <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf> Acesso em: 15/11/2016.
2. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(6):1501-6;www.ee.usp.br/reeusp/ <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 26/03/2017.
3. Aosani TR; Nunes KG. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. Rev. Psicol. Saúde [online]. 2013, vol.5, n.2, pp. 71-80. ISSN 2177-093X. <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a02.pdf>> Acesso em: 26/03/2017. (Coimbra et al. (2007) apud Aosani e Nunes (2013))
4. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tabelas e informações referentes a perfil socioeconômico e demográfico, 2009-2015 e senso de 2000 <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 01/05/2016.
5. INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). Tabelas e informações referentes a perfil socioeconômico e demográfico, 2010. 2000 <<http://www.ipardes.gov.br>>. Acesso em 01/05/2016.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001- Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. OMS, 2001, 150 f. <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acessado em 01/05/2016.
7. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar, 2008. <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf>. Acesso em 01/05/2016.
8. COLOMBO – PREFEITURA MUNICIPAL- SECRETARIA DE SAÚDE. Instrumentos de Gestão: Plano Municipal de Saúde -2010-13.PDF. Disponível em <<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/PLANO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-2010-13.PDF>> Acesso em 01/05/2016.
9. _____ . Instrumentos de Gestão: Plano Municipal de Saúde -2014-17. PDF. Disponível em <<http://portal.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/2017/PLANO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-2014-2017.PDF>>. Acesso em 01/05/2016.
10. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Tabela de credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal: Relatório de cobertura Município de Colombo. <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 28/10/2016.
11. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [Mimeo]. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 28/10/2016.

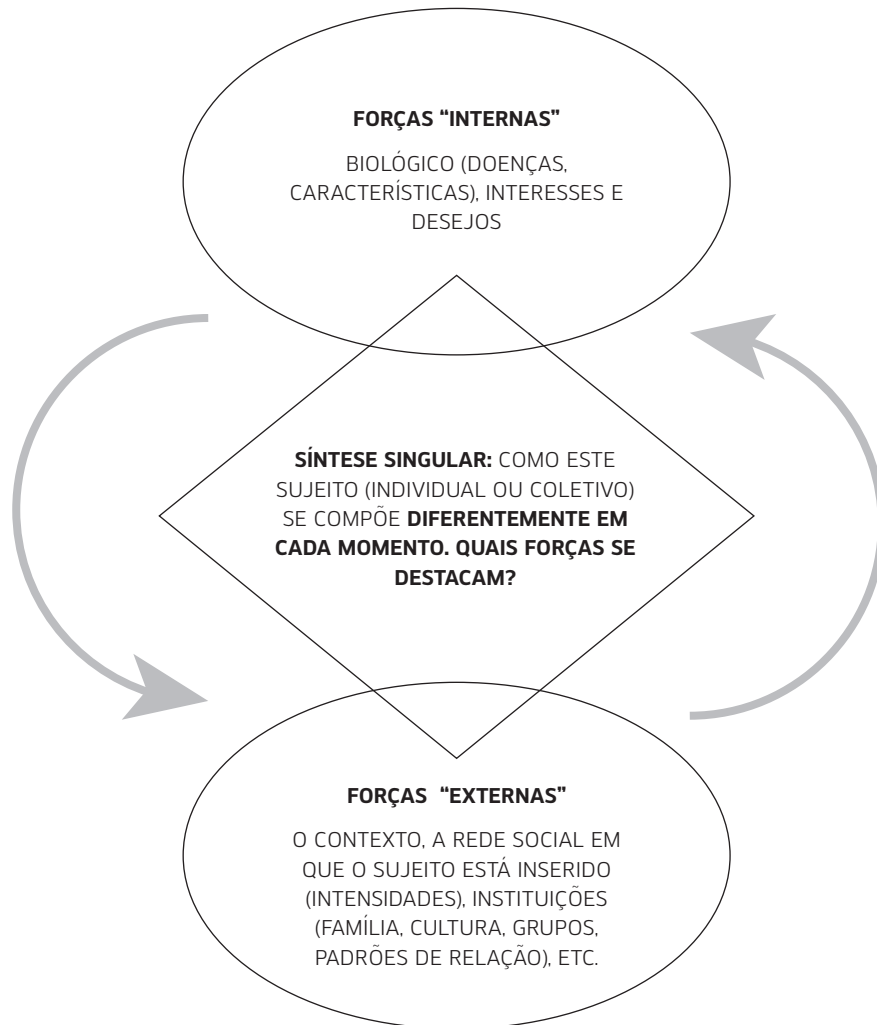
12. _____: Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde.(Obs. por favor verificar com os autores do texto, pois esta referência não encontrei na internet, para verificar se está tudo correto. Circular conjunta n. 01, de 13 de novembro de 2003. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2010 fev. 15]. < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em 26/03/2017.
13. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. v. 14, n. 1, p. 129-138,2009.<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100018&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 26/03/2017.
14. _____ Caderno de Atenção Básica, n0 34: Saúde Mental. Brasília-DF: 2013. <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em 28/10/2016.
15. Campos RO et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro . v. 16, n. 12, p. 4643-4652, Dec. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300013&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>. Acesso em: 28/10/2016.
16. Santos, DVD. Uso de Psicotrópicos na Atenção Primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua Relação com os Arranjos da Clínica Ampliada: "UMA PEDRA NO SAPATO". 2009. 96 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2009. <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/deivisson2009mestrado.pdf>>. Acesso em 28/10/2016.
17. Campos GWS, Oliveira MM. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. Temas Livres, 2013; p.229-238. DOI: 10.1590/1413-8123201420121152013. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf>. Acesso em 28/10/2016.
18. Campos GWS et al. A aplicação da metodologia Paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface, comunicação saúde educação, 2014; 18 Supl 1:983-995. Artigos Unicamp. DOI: 10.1590/1807-57622013.0324.<<http://www.scielosp.org/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983.pdf>>. Acesso em: 15/11/2016.
19. Campos GWS, et al. Espirais D'Ascenso: as contribuições de Balint e da Psicologia Grupal para a potencialização do Método da Roda - Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada - UNICAMP; 2010.<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf> Acesso em:28/10/2016.
20. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
21. Brandão J. Relação médico-doente: Sua complexidade e papel dos grupos Balint. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 733-44, nov. 2007. ISSN 2182-5173. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10430/10166>>. Acesso em: 26 mar. 2017.
22. CAMPINAS, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Projeto Paidéia Saúde da Família. 2001. <<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/diretrizes.htm>>. Acesso em: 28/10/17.
23. Cunha GT. Grupos Balint Paidéia: Uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Campinas, SP: [s.n.], 2009. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/>>. Acesso em: 15/11/2016.
24. Cardoso CFS. Como elaborar um projeto de pesquisa. Universidade Federal Fluminense - Centro de Estudos Gerais Instituto de Ciências Humanas e Filosofia;2015.<http://www.historia.uff.br/stricto/files/CARDOSO_Ciro_Como_elaborar_projeto_pesquisa.pdf>. Acesso em: 30/04/2017.
25. PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. Portal de Transparência: Cargos e salários.<<https://colombo.atende.net/?pg=transparencia#/grupo/4/item/25/tipo/1>>. Acesso em 30/04/2017
26. Amarante PDC, Torre EHG. 30 Anos de Reforma Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas da sociedade brasileira. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010.
27. Brandt JA. Balint: Suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações no trabalho; Rev. SPAGESP vol.10 n. 1 Ribeirão Preto jun. 2009. Universidade Bandeirante de São Paulo - UNIBAN <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702009000100007>. Acesso em: 28/10/2016.
28. Brotto TCA, Dalbello-Araujo M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? Rev. bras. saúde ocup. [online]. 2012, vol.37, n.126 [cited 2016-08-31], pp.290-305. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572012000200011&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0303-7657. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572012000200011>>. Acesso em: 26/03/2017.
29. CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12., 2013. Contribuição dos grupos balint na relação médico-paciente: um relato de experiência. Anais..Belém: Congr Bras Med Fam Comunidade, 2013 Maio;12:22. <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/264/264>>. Acesso em 26/03/2017.
- 30.Pires ML. Entre a estratégia saúde da família e o núcleo de apoio à saúde da família: o que se nomeia demanda de saúde mental? Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2014. <http://hdl.handle.net/10183/108954>. <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/108954/000949682.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 26/03/2017.

ANEXO 1 - Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos Clínicos¹

1. História clínica / história de vida do paciente;
2. História do usuário em relação à equipe / em relação aos outros serviços de saúde;
3. Diagnósticos de Problemas Orgânicos / Sociais e Psicológicos. MAPA DE CO- PRODUÇÃO;
4. Quais os problemas mais importantes para a equipe / quais os problemas mais importantes para o usuário / para a rede social do paciente;
5. Quais as prioridades atuais;
6. História das intervenções feitas para o usuário / principais objetivos / problemas das intervenções;
7. Afetos despertados nos membros da equipe / sentimentos dos profissionais da equipe no decorrer da história / Contra-transferência;
8. Afetos despertados NA EQUIPE E NO PACIENTE pelos outros serviços de saúde / especialistas;
9. Qualidade das relações terapêuticas nos outros serviços;
10. Genograma (de preferência feito junto com a família ou paciente e com possibilidade do mesmo falar sobre a história e o significado de cada pessoa no genograma);
11. Rede Social Significativa (com participação do usuário);
12. Diagnóstico de potencialidades (saúde) do paciente / coletivos a que ele pertence;
13. Quem é responsável pelo caso (coordenação do caso) / quem organiza atividades definidas;
14. Quais as formas utilizadas para o contato com os serviços parceiros na gestão compartilhada do caso.

1. Anexo I - CUNHA, G.T; DANTAS, D.V. Uma contribuição para co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT-PAIDÉIA; 2010¹.

MAPA CO-PRODUÇÃO DE SUJEITOS²



2. Anexo I – CUNHA, G.T; DANTAS, D.V. Uma contribuição para co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT-PAIDÉIA; 2010²⁴.

ANEXO 2 - Proposta de Roteiro para Apresentação dos Casos Gerenciais³

1. Quais os grupos e pessoas envolvidos;
 2. História destes grupos ou pessoas no serviço (na medida do possível);
 3. Quais os interesses / desejos envolvidos;
 4. Como a equipe se sente em relação ao tema;
 5. Qual é o problema escolhido e como foi esta escolha;
 6. Para quem este problema é um problema (para quem não é?);
 7. Como os diferentes atores lidam com o tema;
 8. Quais as possíveis causas destas diferenças na maneira de lidar;
 9. Quais os espaços coletivos em que estas questões puderam ser faladas?
 10. Como estes espaços são organizados, quais são os seus objetivos, quem tem voz nestes espaços, como é definida a pauta;
 11. História das intervenções feitas em relação ao tema.
-

3. Anexo II - CUNHA, G.T; DANTAS, D.V. Uma contribuição para co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT-PAIDÉIA; 2010²⁴.

REDE DE CUIDADOS NO SUS E SUAS: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL

Network of Care at the Unified Health System (SUS) and Unified System of Social Assistance (SUAS): strengthening of the Network of Psychosocial Care to meet Mental Health Care demands

Viviane Genovezzi Salatiel¹, Regina Coeli Lise²

1. Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Pós graduação em Saúde Mental – Faculdades Itecne, 2013, Programa de Saúde da Família – Faculdades Estácio de Sá, 2015, Saúde Mental na Atenção Primária – Escola de Saúde Pública do Paraná, 2017

2. Psiquiatra.

CONTATO: Viviane Genovezzi Salatiel | Estrada Guilherme Weigert, 1725 | Parque Chalet | Bloco 07 apto 203 | Curitiba | PR | CEP 82720-000 | Telefone: (41) 99671-1637 | E-mail: viviane.salatiel@yahoo.com.br

COMO CITAR Salatiel VG, Lise RC. Rede de cuidados no SUS e SUAS: fortalecimento da rede de atenção psicossocial para atendimento de demandas de saúde mental. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Supl 2): 66-75



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O presente artigo refere-se a um Projeto de Intervenção, cujo objetivo principal é organizar o processo de trabalho para inclusão do atendimento das demandas em Saúde Mental na Atenção Primária. Para propiciar tal intervenção, o Apoio Matricial e a Tecnologia Relacional são as metodologias indicadas, pois viabiliza o desenvolvimento de ações de sensibilização dos profissionais para fortalecimento da Rede de Cuidados às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental. Idealiza-se um trabalho de ação com práticas intersetoriais entre a Atenção

Básica (Saúde – SUS) e a Proteção Básica (Assistência Social – SUAS), visto que ambos os campos de atuação são de suma importância na construção da Rede de Cuidados, assim como possuem muitos objetivos em comum. Não foi realizado projeto-piloto, contudo, espera-se amenizar o estigma e preconceito em relação aos pacientes com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, oferecendo cuidados aos mesmos na Atenção Primária e na Proteção Básica, aumentando assim a resolutividade do atendimento às demandas de Saúde Mental no próprio território do paciente, nos serviços de referência.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Identificação de Pacientes. Saúde da Família. Saúde mental. Atenção primária à saúde. Gestão da Qualidade em Saúde.

ABSTRACT This article is an Intervention Project, whose main objective is to organize the work process to include the attendance of the demands in Mental Health at Primary Care. In order to provide such intervention, Matrix Support and Relational Technology are the indicated methodologies, as they allow the development of actions to raise the awareness of professionals to strengthen the Network of Care for people with mental suffering and/or mental disorder. A work of action with intersectoral practices between Basic Care (Health - SUS) and Basic Protection (Social Assistance - SUAS) is idealized, since both fields of action are of paramount importance in the construction of the Care Network, and have many common goals. A pilot project was not carried out; however, it is hoped to alleviate stigma and prejudice in relation to mental suffering and/or mental disorder patients, offering care to them at Primary Care and Basic Protection, thus increasing the resolution of care to the demands of Mental Health in the patient's own territory, at reference services.

KEYWORDS: Patient Identification Systems. Family Health. Mental Health. Primary Health Care. Health Quality Management.

INTRODUÇÃO

O presente artigo trata-se de um Projeto Aplicativo, apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Saúde Pública do Paraná – Curso de Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. O objetivo principal deste projeto é organizar o processo de trabalho para inclusão do atendimento das demandas em Saúde Mental na Atenção Primária a partir da sensibilização

dos profissionais para fortalecimento da Rede de Cuidados às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, articulando os campos da Saúde (Atenção Primária) e da Assistência Social (Proteção Básica), como eixo principal.

Acredita-se que a importância deste projeto está na hipótese de que uma maior resolutividade da assistência prestada na Atenção Básica poderá reduzir a demanda por consultas especializadas,

reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos e intervenções que realmente forem necessários. Aposta-se ainda que um bom acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos pode ser uma boa forma de combater a lógica do encaminhamento.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Promoção de Saúde¹ visa à promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade social e riscos à saúde. Entendem-se então a concepção de saúde e doença (físicas e mentais) como processos resultantes do modo de vida cotidiana de pessoas e de suas historicidades. Sendo assim, o objetivo terapêutico não é de curar doenças, mas de "fortalecer sujeitos, produzir saúde e defender a vida". Desta forma, os processos que compõem o sofrimento psíquico são produtos da vida em sociedade, incluindo fatores que podem ser sociais, culturais, econômicos, ou até mesmo políticos, e não necessariamente possuem causas físicas e orgânicas.

Idealiza-se um trabalho de ação com práticas intersetoriais entre a Atenção Básica (Saúde – SUS) e a Proteção Básica (Assistência Social – SUAS), visto que ambos os campos de atuação são de suma importância na construção da Rede de Cuidados, assim como possuem muitos objetivos em comum.

A saúde é descrita como sendo reflexo das condições sociais, econômicas e ambientais, nas quais a população está inserida². Tal reflexão vem enfatizar a ampliação do conceito de saúde e a importância da responsabilidade e do "compromisso da sociedade com seus ideais de saúde"³. Sabendo-se ainda que o cuidado com a saúde não é só de responsabilidade médica, sendo também responsabilidade de outros profissionais da área e dos cidadãos, individu

ou coletivo, a nova Constituição Federal de 1988 delega aos municípios as responsabilidades dos serviços de atenção à saúde⁴.

De acordo com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001⁵, que discorre sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, fica determinado em seu inciso IX, do parágrafo único, do Artigo 2, que "[...] é direito da pessoa portadora de transtorno psíquico ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental [...]". Neste sentido, a lei aponta para a inclusão da atenção em saúde mental na atenção básica, como uma das possibilidades de manter o portador de transtorno próximo à comunidade, à família e ao meio social, facilitando, assim, ações de educação e prevenção⁶.

METODOLOGIA

O matriciamento enquanto eixo viabilizador para as ações programadas para este projeto é considerado uma das metodologias a serem utilizadas, visto que é uma referência de apoio ao trabalho dos profissionais generalistas das equipes^{7,8,9}. As tecnologias relacionais¹⁰ (acolhimento e escuta) e o protagonismo do usuário e família serão a base para todas as ações. No que se refere às técnicas, serão realizadas reuniões, palestras, discussões e oficinas teórico-vivenciais intersetoriais. Dentro da viabilidade, os usuários e pacientes serão envolvidos no desenvolvimento das ações.

Propõe-se um plano de ações para sensibilização dos profissionais, capacitação para uso de instrumentos padronizados para tal demanda, mapeamento dos pacientes, serviços

Figura 1 Modelo de Proposta de Ação

Objetivo Geral	Organizar o processo de trabalho para inclusão do atendimento de demandas de Saúde Mental				
Objetivo Específico 06	Articular ações intersetoriais entre as UBS / ESF (Saúde) e CRAS (Assistência Social)				
Ponto de Atenção	Saúde (SUS)		Social (SUAS)		
	UBS / ESF		CRAS		
Profissional de Apoio	Psicólogo Matriciador				
Responsáveis	Saúde		Social		
	<ul style="list-style-type: none"> · 01 Enfermeiro · 02 Agentes Comunitários de Saúde 		<ul style="list-style-type: none"> · 01 Psicólogo · 01 Assistente Social 		
Proposta de Intervenção	Levantamento de Dados do Território de Abrangência				
Duração Total das Ações	16 hrs	Frequência	2 hs / Semana	Prazo de Execução	60 dias
Técnica	Trabalho em Equipe Intersetorial				
Detalhamento das Ações	<p>1ª Ação – Reunião Intersetorial</p> <ul style="list-style-type: none"> · Reunião para apresentação da reorganização do processo de trabalho para atendimento da demanda em Saúde Mental dos Serviços – UBS / ESF / CRAS. <p>Duração: 2 horas</p> <p>2ª Ação – Trabalho Intersetorial</p> <ul style="list-style-type: none"> · Proposta para utilização da Ficha de Plano de Cuidados em Saúde Mental para delimitação das competências e responsabilidades de cada ponto de atenção. · Organizar fluxo de encaminhamento e acompanhamento entre os serviços. <p>Duração: 4 horas</p> <p>3ª Ação – Ação em Rede</p> <ul style="list-style-type: none"> · <u>Visitas Domiciliares Intersetorial</u>: promoção do autocuidado; busca ativa; identificação de fatores de risco e proteção; · <u>Estabelecer parcerias com Dispositivos da Comunidade</u>: <ul style="list-style-type: none"> - Grupos de Ajuda Mútua; Academia de Saúde; Associações; ONGs; Centros de Convivência, Igrejas e similares; acolhimento; socialização; reinserção social; promoção da saúde; compartilhamento de vivências. · <u>Compartilhamento de Casos</u>: <ul style="list-style-type: none"> - CAPS: casos de alto e médio risco; - CREAS: indivíduos em situação de risco pessoal e social, por ameaça e/ou violação de direitos; - Pronto Atendimento: atendimento à crise; <p><i>Obs.: Psicólogo Matriciador participa como apoio destas ações, auxiliando nas estratégias para coleta de dados; abordagem aos pacientes; preenchimento do instrumento.</i></p>				
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> · Físico: sala para reunião · Humanos: Profissionais das Equipes UBS / ESF – CRAS · Materiais: papel; caneta; prontuários; fichas; sistemas 				
Análise de Viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> · Viabilidade: Baixo investimento; recursos humanos próprios; · Inviabilidade: realização em horário de expediente; acréscimo de atividades na rotina dos funcionários. 				

e recursos disponíveis no território, revisão do processo de trabalho vigente e proposta de ações intra e intersetoriais. Sugere-se que seja realizado um projeto-piloto inicialmente em UBS que tenha interesse no assunto e/ou conforme disponibilidade da coordenação e equipe, ou ainda em UBS que realize o maior número de encaminhamento ao CAPS, visando melhorar a assertividade dos encaminhamentos. Segue abaixo um modelo de proposta de ação conforme um dos objetivos específicos.

RESULTADOS

Não foi realizado projeto-piloto, assim sendo, não se aplica a apresentação de resultados parciais. Como resultados futuros, espera-se amenizar o estigma e o preconceito em relação aos pacientes com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental e aumentar a adesão do cuidado a eles na Atenção Primária e na Proteção Básica, aumentando, assim, a resolutividade do atendimento às demandas de Saúde Mental no próprio território do paciente, nos serviços de referência. Espera-se ainda que, a partir dos resultados obtidos, o processo de implantação de Matriciamento em Saúde Mental no Município tenha maior adesão para maior resolutividade no atendimento em Rede.

Acredita-se que a partir da escuta, envolvimento e acolhimento da família nos serviços oferecidos pelas UBS e CRAS, se construa um novo lugar de circulação e cuidado para o usuário da saúde mental, a partir do cuidado com esta família. Acredita-se, também, que a partir da organização do processo de trabalho para inclusão do atendimento de demandas de Saúde Mental, será possível um estudo aprofundado dessa demanda e uma

aproximação às informações reais, vivenciadas diariamente e para servir de embasamento para que o processo de trabalho do matriciamento seja iniciado.

Espera-se que os usuários da saúde mental se façam efetivamente protagonistas e sejam menos silenciados e alienados de sua força e potência. Que o usuário possa, realmente e cada vez mais, ser o ator principal, capaz de criar caminhos para si e, com isso, impulsionar o avanço do movimento da Reforma Psiquiátrica.

DISCUSSÃO

A Atenção Primária é um local privilegiado para a construção desta nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. O Ministério da Saúde define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações são desenvolvidas por práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas por meio do trabalho em equipe.

É importante enfatizar que a Saúde Mental também é responsabilidade dos demais campos da Rede, tais como Social, Educação, Esporte, Lazer, visto que funcionam como manutenção e apoio do tratamento, assim como suas ações também promovem saúde mental. Acredita-se que esta troca de saberes entre os profissionais possibilita uma maior aproximação ao que cada serviço demanda e o que é possível ser construído neste espaço.

A aproximação entre os dispositivos de atenção psicossocial e de atenção primária tem sido apontada como um dos maiores desafios

a serem enfrentados no contexto da reforma. A tradição de distanciamento entre os campos da saúde mental e da saúde coletiva, a partir da percepção da saúde mental como especialidade e não como dimensão transversal dos processos saúde-doença é um fator que complica substancialmente as iniciativas de integração. Esforços vêm sendo envidados na busca desta aproximação, como os dispositivos de matriciamento, com graus diferentes de sucesso em diferentes períodos e locais¹¹.

Segundo Saraceno¹², a declaração de que uma enfermidade é biopsicossocial não significa que as intervenções sejam biopsicossociais. E afirma ainda que, quanto aos serviços, "... são muito 'bio', um pouquinho 'psico' e muito pouco 'sociais'". Por isso, faz-se necessário avançar nesse sentido, promovendo ações intersetoriais, articulando cada especificidade para compor a atuação "bio-psico-social". Desse modo, pode-se considerar que a articulação intersetorial é fundamental, visto que organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade. Para inserir o atendimento às demandas de Saúde Mental na Atenção Primária do SUS e nos Serviços de Proteção Básica do SUAS, será preciso realizar quebra de vários paradigmas e preconceitos, assim como apoiar os profissionais destes níveis de atenção naquilo que for necessário.

As experiências e rotinas diárias permitem identificar a falta de conhecimento, preparo e medo de grande parte dos profissionais, tanto da área da Saúde (Atenção Primária), quanto da Assistência Social (Proteção Básica) no que se refere à Saúde Mental. Existe o medo de não dar conta, de não saber o que fazer, atrelado à sobrecarga de trabalho e dificuldades de trabalho em rede. Tudo isso aumenta a resistência

destes profissionais em realizar o atendimento psicossocial proposto.

Para cuidar da saúde de forma integral, torna-se imprescindível que, no primeiro nível de atenção, haja equipes interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais. A articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, pois a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação¹³. O apoio matricial surge como proposta de renovação da lógica de consultoria ao empoderar as equipes pela troca de saberes, ampliação da escuta e construção em conjunto dos novos modos de lidar com as subjetividades dos pacientes¹⁴.

O trabalho em equipe, elemento essencial para a elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico, implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão⁹. O compartilhamento dos casos, corresponsabilização, discussões e intervenções conjuntas estimulam gradativamente a interdisciplinaridade e ampliação da clínica da equipe¹⁴.

No que se refere à consolidação da estratégia saúde da família, aponta-se que o compartilhamento de saberes e práticas com os vários profissionais, com ênfase na interdisciplinaridade, é de grande valia, uma vez que os grupos devem ser planejados, conduzidos e avaliados por diversos profissionais, favorecendo assim a contribuição de cada categoria, e a formação de grupos democráticos, planejados com diversos atores dos territórios, utilizando metodologias ativas e com o objetivo de desenvolvimento pessoal e comunitário.

No campo da assistência social, referente à proteção básica, os dispositivos por excelência que estão presentes nas comunidades assegurando a assistência social enquanto direito legal são os CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), que buscam articular estratégias de intervenção no território por meio da articulação das ações comunitárias com a política nacional de assistência social. Deste modo, a noção de Intersectorialidade é uma das chaves da própria concepção de controle social no âmbito do SUS, ao passo que rompe com a tradição de setores antagônicos nas esferas do poder público ao mesmo tempo em que leva a discussão sobre saúde mental a diferentes segmentos da sociedade. Também pode ser um instrumento de atuação numa perspectiva de uma clínica ampliada⁷.

Franco Basaglia considerava que era preciso “colocar a doença entre parênteses” para se tratar e lidar com os sujeitos concretos que sofrem e experimentam sofrimento¹⁵. Assim, todas as ações desenvolvidas devem ser pautadas pelo conceito de cidadania – o usuário é, antes de tudo, um cidadão. E é justamente a partir dessa perspectiva que os campos da saúde e da assistência social se entrelaçam, uma vez que o CRAS atua com a promoção da autonomia e cidadania do usuário, e já que ambos dão um destaque relevante à atuação e intervenção sobre a família, entendida como uma instituição de importância ímpar no desenvolvimento dos mais diversos trabalhos. Assistência Social e saúde, portanto, se aproximam por meio desse eixo em comum: a família.

O protagonismo do usuário é a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. O processo de produção da saúde diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e corresponsáveis

no processo de produção de sua própria saúde. Trata-se da capacidade das pessoas de interferirem nos rumos da própria vida. Os serviços de atenção à saúde assim como os dispositivos da Rede de Cuidados podem constituir-se de um território subjetivo onde o usuário possa experimentar, talvez pela primeira vez, a capacidade de pensar e decidir por si só uma trajetória singular de vida. Participar da formulação do seu plano de cuidado permite que o usuário desenvolva o exercício de pensar sobre si mesmo, de (re)criar regras e modos de vida compatíveis com sua singularidade. Se assim não for, corre-se o risco de reproduzir a instituição manicomial sob outra roupagem: “[...] os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo.”¹⁶

A discussão é grande e constante em relação às transformações e adaptações do processo de trabalho em saúde mental. O novo modo de atenção psicossocial proposto na área de saúde mental deve ser centrado no usuário enquanto protagonista e no cuidado da unidade familiar em toda sua complexidade, a partir de seu território social¹⁷. O autor afirma que a família é entendida como parceira no cuidado ao indivíduo que sofre psiquicamente, mas também necessita receber o suporte adequado para superar situações de desgaste físico, emocional, mental e psicológico, devendo encontrar junto aos serviços substitutivos em saúde mental o acolhimento de suas necessidades e apoio para sua reestruturação.

Para o cuidado em saúde mental destacam-se as “Tecnologias Leves”, ou seja, as diretrizes do modo psicossocial estão no uso de tecnologias relacionais, acolhedoras e inclusivas, em sua prática cotidiana, buscando resgatar a

cidadania e a autonomia do sujeito que sofre psicologicamente¹⁰.

No momento em que os usuários e as famílias recebem apoio e orientação adequadas, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, eles demonstram comprometimento com o seu autocuidado e a família quanto ao seu familiar adoecido¹⁸. É importante, então, promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços substitutivos de saúde mental, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora. A partir da criação de espaços de participação, com estratégias que efetivem a inclusão dos familiares no cuidado, o que se espera é uma corresponsabilização, uma aliança entre todos os envolvidos no atendimento: usuário, familiar, equipe e comunidade, para transpor os momentos aflitivos.

As tecnologias relacionais, o acolhimento e a escuta são ferramentas prioritárias para o estabelecimento de ações participativas na atenção psicossocial. O acolhimento, a escuta e a orientação às famílias são aspectos fundamentais no estabelecimento da corresponsabilização na atenção, ou seja, quando a família sente que também está sendo cuidada, torna-se mais participativa na produção do cuidado em saúde mental. A família precisa falar, alguém precisa acolher e ouvir. Esse é o momento em que as equipes dos serviços substitutivos podem se fazer presentes, estabelecendo uma relação de acolhimento da família, garantindo sua fala e uma ação integral, rompendo com a visão linear de saúde e tendo a capacidade de organizar o seu trabalho como um espaço de interação¹⁰.

O acolhimento é constituído pelas relações desenvolvidas entre o serviço, os profissionais, os usuários e familiares, e suas ações consistem

em intervenções técnicas e interpessoais, podendo ser entendido como a forma que o serviço de saúde se estrutura para receber os usuários e familiares e responder as suas demandas⁹. Para que o acolhimento ocorra é preciso haver encontro e escuta, possibilitando a reestruturação da unidade familiar, a partir de suas vivências. Trata-se ainda de uma estratégia que possibilita ao trabalhador em saúde identificar as demandas dos usuários, porque ocorre no momento em que a necessidade é identificada, podendo ser caracterizado como uma possibilidade de melhorias nas intervenções de saúde a partir do desenvolvimento de práticas integrais, reflexão e transformação das condutas dos profissionais, bem como das relações dos serviços e usuários.

No que se refere à viabilidade deste projeto, a execução deste é de baixo investimento financeiro, visto que as necessidades que envolvem custos são referentes à impressão e cópia de instrumentos e manuais. Outro fator favorável é quanto aos próprios recursos humanos, não sendo necessária a contratação de outros profissionais.

Como aspectos considerados impeditivos para a realização do projeto foram levadas em conta duas situações. A primeira refere-se à aplicação durante horário de expediente. Considerando a alta demanda dos serviços e a escassez de recursos humanos, tal aspecto pode impactar no desenvolvimento do projeto. A segunda é devido ao fato de demandar um acréscimo de atividades na rotina dos funcionários, o que pode causar resistências e/ou não adesão por parte dos profissionais das equipes.

Com o intuito de avaliar as intervenções em saúde, sugere-se o monitoramento, visto que este é um processo sistemático e contínuo que,

através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional. Desta forma idealizam-se reuniões a cada 2 meses com os coordenadores dos pontos de atenção, assim como os demais envolvidos, para verificar o cumprimento das ações planejadas e também identificar a adesão dos profissionais e pacientes ao processo de trabalho proposto.

CONCLUSÃO

O trabalho em rede busca estruturar formas de tratamento na perspectiva biopsicossocial, considerando não só a condição clínica do paciente, mas promovendo sua recuperação, autonomia, reinserção social e reabilitação profissional. Atender na lógica psicossocial os portadores de sofrimento psíquico, prestando cuidados em momentos de crise, acompanhando-os e buscando a sua reinserção social na comunidade, monitorando continuamente o usuário ao longo do seu tratamento, facilita sua integração na família e comunidade. Essa proximidade com o usuário permite o conhecimento da situação real e facilita o processo para ações intersetoriais de prevenção, promoção e recuperação em Saúde Mental, sendo possível a busca por parceria com outros órgãos, secretarias, instituições ou pessoas, participando de redes de apoio e mobilizando a comunidade para o resgate da cidadania.

A escuta deve ser considerada parte fundamental do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial. Assim, torna-se fundamental que o profissional de saúde compreenda o acolhimento como a tradução de posturas que deve desenvolver para atender as necessidades do paciente e do seu núcleo familiar. Nesse sentido, sinceridade, cumplicidade,

afetividade, confiança e responsabilização são instrumentos do trabalho em saúde efetivos na acolhida, promovendo o fortalecimento e apoio nas relações com os familiares. A utilização das tecnologias relacionais, como o acolhimento e a escuta, para estratégia de inclusão da família e protagonismo do usuário no tratamento é fundamental no contexto dos serviços substitutivos, porque, a partir dos vínculos criados nos espaços de acolhimento e escuta, ambos sentem-se fortalecidos para lidar com o sofrimento psíquico e tem a possibilidade de reorganizar seu núcleo familiar.

A família é uma aliada, uma parceira no processo de reabilitação psicossocial do usuário. A atenção psicossocial, associada ao protagonismo das famílias, facilitará a reinserção social do usuário e a promoção da saúde do núcleo familiar, considerando as dimensões pessoais, biológicas, sociais e políticas que envolvem o cotidiano da vida. Por isso a importância no desenvolvimento de ações intersetoriais, uma vez que a família é o eixo em comum.

A importância da utilização do acolhimento e da escuta como estratégias de inclusão e reabilitação psicossocial consistem no fortalecimento de ações que produzam saúde, criando espaços de interação, apoio e suporte entre o paciente, família e os profissionais que compõem a rede de cuidados. Desse modo, promove-se um cuidado que se ocupa do aqui e agora, criando novas intervenções singulares que consideram a subjetividade dos sujeitos envolvidos, respeitando o protagonismo do paciente e incentivando a participação da família nos espaços dos serviços substitutivos, compreendendo que acolher e escutar são portas fundamentais para acesso e atenção em saúde mental.

Acolher e escutar as famílias na lógica da atenção psicossocial é tarefa complexa, mas que,

quando executada, demonstra sua importância e seus resultados positivos no modo de andar a vida do núcleo familiar. O acolhimento é uma prática de saúde cujo retorno é visível, pois as famílias criam vínculos e laços afetivos importantes com as equipes dos serviços, tendo-os como referência para o cuidado.

“Não façam nada pra nós, sem nós!” – usuários de Saúde Mental

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3ª ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
2. Paulin T, Luzio CA. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. Revista de Psicologia da UNESP 2009; 8(2): 98
3. Nepomuceno LB, Brandão IR. Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. Psicologia: Ciência e Profissão 2011; 31(4), 762-777
4. Nascimento, GA. Saúde Coletiva e PSF: O Campo de Atuação do Psicólogo.(Obs.? favor verificar com o responsável pelo texto, pois não consegui achar este nome na Internet) Dissertação Universidade Nove de Julho 2015
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
6. Klein KB. As possibilidades da psicologia dentro de um programa de saúde da família. CES Revista, p.177-185, 2009.
7. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.
8. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 1999;2(15):345-53.
9. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2014 Aug [cited 2015 Apr 11]; 19(8): 3561-3571
10. Gonçalves CAV, Machado AL. As tecnologias do cuidado em saúde mental. Arq Med Hosp. Fac. Ciênc Med Santa Casa São Paulo. 2013;58(3):146-50.
11. Amarante PDC, Oliveira WF. A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento da reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. Dynamis Revista Tecnológica. Blumenau, Editora da FURB. V.12, n.47, p.6-21, 2004.
12. Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. Rev Ter Ocup. 1998; 9:26-31
13. Boing E, Crepaldi MA. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. Psicologia, Ciência e Profissão, v.30, n.3, p.634-649, 2010.
14. Souza J, Luis MAV. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. Acta Paul. Enferm 2012; 25(6): 852-858.
15. Amarante P, Lancetti A. Saúde Mental e saúde coletiva. In: Campos, Gastão Vagner de Sousa [et al.] Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
16. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronidade em questão. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Apr [cited 2019 Apr 08]; 16(4): 2067-2076. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400006&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>.
17. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P (org.). Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.141-168.
18. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. Rev. bras. enferm. 2010;63(1):51-7.

AMPLIAÇÃO DAS ATIVIDADES DAS EQUIPES NASF-AB EM SAÚDE MENTAL

Expansion of NASF-AB team activities on Mental Health

Rosana Schiffer Cury¹, Giseli Cipriano Rodacoski², Christiane Luiza Santos³

1 Psicóloga, membro da equipe NASF-AB na Secretaria Municipal de Saúde de Tibagi – Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6743-2823>

2 Psicóloga na PUCPR: SEAP – Serviço de Apoio Psicopedagógico; Docente na Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba-PR. Mestre em Educação, Doutora em Biotecnologia - linha de pesquisa: Ensino na Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>

3 Cirurgiã-dentista, Professora Faculdades Pequeno Príncipe e Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba – PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8299-455X>

CONTATO: Rosana Schiffer Cury | Rua Coronel Telêmaco Borba, 1186 | Casa 05 | Tibagi | PR | CEP: 84300-000 | Telefone: (42) 99155-2430 | Email: rosana.floraisdebach@gmail.com

COMO CITAR Cury RS, Rodacoski GC, Santos CL. Ampliação das atividades das equipes NASF-AB em saúde mental. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Suppl 2): 76-91



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO Este artigo apresenta o relato de experiência com a elaboração de um projeto de intervenção a ser aplicado no território de atuação profissional da autora, aluna do Curso de Especialização em Saúde Mental entre os anos de 2017 e 2018. A situação problema priorizada foi o processo de trabalho da equipe NASF-AB especialmente para atenção à Saúde Mental. Com base na possibilidade de atuação do NASF-AB descrita nos textos técnicos e teóricos foram identificadas lacunas de competências que determinaram propostas de ações. Foi utilizada a

ferramenta 5W2H para descrever a metodologia do projeto de intervenção que pretende alcançar os objetivos por meio de inovações no processo de trabalho, desenvolvendo novos conhecimentos, habilidades e atitudes sobre práticas e saberes de núcleo e de campo em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Trabalho; Equipes.

ABSTRACT This article presents the experience report with the elaboration of an intervention project to be applied in the area of professional activity of the author, a student of the Specialization Course in Mental Health between the years 2017 and 2018. The priority problem was the process of work of the NASF-AB team especially aimed at the attention to Mental Health. Based on the NASF-AB's ability to perform described in the technical and theoretical texts, competency gaps determining action proposals were identified. The 5W2H tool was used to describe the methodology of the intervention project aiming to achieve the objectives through innovations in the work process, developing new knowledge, skills and attitudes about core and field mental health practices and knowledge.

KEYWORDS: Mental Health. Primary Health Care. Health Quality Management.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de elaboração da Política Nacional de Saúde Mental teve seu marco com a promulgação da Lei 10.216 em 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental¹. No ano de 2011 a Portaria MS/GM nº 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde².

Os textos publicados atribuíam à Atenção Primária a coordenação do cuidado das condições crônicas e como política indutora, em janeiro de

2008, a Portaria 154 instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)³ e, posteriormente, as Portarias Nacionais que Regulamentam a Atenção Básica - PNAB^{4,5} regulamentaram o trabalho no NASF, que atualmente é apresentado como:

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB)⁵.

A atual PNAB⁵ estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e nesta oportunidade o NASF sofre alteração em sua nomenclatura para: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB, para fazer referência não mais a uma equipe de apoio, atendendo por solicitação, para se referir a um grupo de profissionais que integra a mesma equipe da unidade de saúde em uma modalidade ampliada e atende todos os usuários da área de abrangência da Unidade de Saúde, e não apenas os vinculados às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A proposta deste Projeto de Intervenção é problematizar a situação de uma equipe NASF-AB a partir das possibilidades de atuação apontadas pela literatura, para então identificar desafios e competências a serem desenvolvidas nas equipes e nos processos de trabalhos de modo a ampliar a capacidade de resposta do NASF-AB para o fortalecimento da Atenção Primária, especialmente no que se refere às necessidades de atenção à saúde mental no território da Unidade de Saúde.

Com a participação da psicóloga, autora deste projeto, no Curso de Especialização em Saúde Mental oferecido pela Escola de Saúde Pública, nos eventos promovidos pela SESA para o fortalecimento da Atenção Primária, e também pelo interesse em buscar maior assertividade nas ações de saúde, foi possível identificar diversas lacunas de competência que precisavam ser desenvolvidas para melhor atuação do NASF-AB.

O problema priorizado foi a falta de clareza entre os profissionais do NASF-AB sobre suas atribuições, que por meio deste projeto a autora espera superar.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O município cenário deste estudo possui 19.344 habitantes⁶ dos quais 11.668 residem na área urbana e 7.676 na área rural, com densidade demográfica de 6,55 habitantes/km². A agroindústria é a principal atividade produtiva (37%), seguida por comércio e a reparação de veículos (10%). A renda média domiciliar per capita⁷ é de R\$ 535,27.

A estrutura de saúde existente no Município em 2018, ano em que foi concluído este projeto, estava assim apresentada: **Atenção primária:** 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 06 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com atendimento de médico cardiologista. Cada UBS tem população adscrita entre 3.000 a 3.970 pessoas. **Atenção secundária:** 01 equipe NASF-AB vinculada às 06 ESF, composta por quatro profissionais: psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social; 01 CAPS tipo I, que atende álcool, drogas, doença mental e transtorno mental em todas as faixas etárias; 01 Clínica da Mulher e da Criança à qual estão vinculadas 3000. O município possui equipe de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, laboratório. **Atenção terciária:** 01 Hospital que em parte é suprido pelo Estado e em parte pelo município, há médicos plantonistas, que atendem emergências, não há maternidade.

O cadastro de usuários com queixas de sofrimento e transtornos mentais passou a ser gerenciado a partir de 2017. A classificação e estratificação de risco da condição de saúde mental não foi contemplada nesse primeiro momento, apenas o cadastro da população usuária de CAPS e psicotrópicos. Considera-se que muitos dados estejam em duplicidade visto

que os usuários que necessitam de medicação controlada (psicotrópicos) são atendidos tanto no CAPS quanto nas UBS. Em 2016 o CAPS contava com mais de 600 prontuários e foram registrados dois óbitos ocasionados por transtornos mentais e comportamentais.

Os casos de pacientes em surto são encaminhados para o Hospital onde são medicados e permanecem internados até que se efetive a transferência. Todos os internamentos e/ou tratamentos de longo prazo que necessitem de hospitais ou clínicas especializadas são realizados fora do município.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as possibilidades de ações em saúde mental no processo de trabalho do NASF-AB.
2. Desenvolver apoio matricial para as equipes de atenção primária em saúde;
3. Sistematizar a atenção em saúde mental utilizando instrumento oficial de estratificação para estabelecer um fluxograma de atendimento.

REVISÃO DE LITERATURA

A política higienista hegemônica até a

Reforma Psiquiátrica em 2001 privava de direitos os indivíduos que julgava loucos, excluindo-os do convívio social⁸. A “libertação” dos doentes mentais foi possível a partir do fechamento dos manicômios a partir de 2001. O retorno à sociedade, à convivência familiar e social, trouxe a necessidade de adequações dos serviços de saúde pública. Nos anos que se seguiram, foram implementados Centros de Apoio Psicossocial – CAPS em vários municípios do País e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas⁹. A fim de atender as novas demandas os pontos de atenção não se limitaram aos CAPS, mas a um conjunto de ações abrangidas pela rede de atenção psicossocial (RAPS), instituída².

As UBS constituem-se na porta de entrada para os serviços públicos de saúde. Devido à alta demanda, as equipes da atenção básica necessitavam de suporte, assim o NASF surge em 2008 como apoio às equipes de ESF, propiciando à população alternativas de atendimento humanitárias, igualitárias, preventivas, com a intenção de aumentar a integralidade do cuidado, ampliar os núcleos de conhecimento em saúde e aumentar a resolubilidade das equipes de Atenção Básica (AB)^{10,11,12}.

Pode-se dizer atualmente que a beleza do NASF-AB é sua abrangência, pois tem a possibilidade de atuar em todo o território adscrito das ESF às quais está ligado, mas também em outras políticas públicas desse território, como a de assistência social, em parceria com Centros de Referência de Assistência Social

(CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), educação, onde possui a faculdade para desenvolver diversas atividades, junto aos professores, pais e alunos, além de poder inserir-se na comunidade em grupos previamente estabelecidos em igrejas, associações de bairros, centros de convivência e organizações não governamentais (ONG).

O matriciamento ou apoio matricial pode ser realizado conjuntamente por mais de um profissional do NASF-AB, quando requer apoio de uma equipe transdisciplinar ou mais especificamente, como aqui procuramos enfocar, no que se refere à saúde mental; a proposta é sempre de integração da equipe, dos usuários, do território, considerando-se o princípio da horizontalidade, sem rivalidades ou grupos específicos de profissionais que não interagem, buscando ampliar conhecimentos e campo de atuação, na prática significa dizer que especialidades se intercalam pelo bom funcionamento do trabalho¹³.

PROPOSTA METODOLÓGICA

A proposta consiste em definir a atuação do NASF-AB, especialmente para a atenção à saúde mental, sensibilizar a equipe de APS para o trabalho e implementar fluxo de atendimento em saúde mental, para tanto utilizar-se-á de instrumentos a serem desenvolvidos como elaboração de uma agenda de carga horária para a psicologia, fluxograma de atendimento em saúde mental e apoio matricial à APS. Para o desenvolvimento das ações será utilizada a metodologia 5W2H^(14,15).

O método 5W2H é um tipo de checklist utilizado para garantir que a operação seja conduzida sem nenhuma dúvida por parte das chefias e subordinados. Os 5W correspondem às seguintes palavras do inglês: What (o que); Who (quem); Where (onde); When (quando) e Why (por que). Os 2H são: How (como) e How Much (quanto custa)¹⁴.

PROPOSTA DE AÇÕES

QUADRO 1 PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 1

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental.
Objetivo Específico 1	Identificar as possibilidades de ações em saúde mental no processo de trabalho da psicologia no NASF-AB
O que fazer?	Análise da lista de espera dos encaminhamentos para a psicologia do Nasf-AB realizada através do contato com os pacientes.
Por que fazer?	A análise da fila de espera possibilitará identificar e, possivelmente classificar, pacientes encaminhados para atendimento com o profissional de psicologia do Nasf-AB, de acordo com a causa e/ou razão do referenciamento. A identificação dos motivos dos referenciamentos à psicologia do NASF-AB traz à baila a possibilidade da criação de grupos de atendimento/ trabalho em psicologia, terapêuticos com demandas semelhantes e/ou para atender a qualquer outra necessidade identificada durante a análise da lista de espera.
Onde fazer?	UBS, sala de atendimentos
Quando fazer?	De outubro a dezembro de 2017
Quem fará?	Profissional de psicologia do NASF-AB Equipe APS: atendentes acolhimento/recepção
Como será feito?	Efetuar-se-ão até três ligações telefônicas a todas as pessoas que constam na lista de espera; as ligações terão por finalidade verificar o real interesse pelo atendimento, a disponibilidade de tempo da pessoa, a necessidade e/ou urgência do atendimento e, de posse desses dados, marcar-se-á o atendimento conforme disponibilidade de agenda do profissional; proceder-se-á assim até a finalização da lista. Para a realização da análise dos encaminhamentos utilizar-se-á da <i>escuta qualificada</i> aplicada especificamente à psicologia, ou seja, os usuários serão ouvidos, num primeiro momento, através do contato telefônico proposto e, depois, se for o caso, pessoalmente. A quantificação dos motivos dos encaminhamentos, de acordo com a classificação em que poderiam enquadrar-se (depressão, por exemplo) realizar-se-á posteriormente.
Quanto custará?	Custo de ligações de aparelho telefônico fixo disponível na unidade de saúde para telefones de linhas fixas ou móveis. Sem custos para a análise dos encaminhamentos, que dispenderá apenas de horário livre do profissional de psicologia.

FONTE: O autor (2018)

QUADRO 2 PROPOSTA DE AÇÃO 2 DO OBJETIVO 1

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental.
Objetivo Específico 1	Identificar as possibilidades de ações em saúde mental no processo de trabalho da psicologia no NASF-AB
O que fazer?	Reorganizar agenda da área da psicologia do NASF-AB a partir das necessidades identificadas Disponibilizar horários na agenda do profissional de psicologia do NASF-AB para atender a demanda de trabalho deste núcleo de saber
Por que fazer?	O profissional de psicologia do NASF-AB não estava inserido em todas as modalidades de atenção habilitadas a esse núcleo de saber e, para sua inserção, a partir da identificação das necessidades, faz-se necessária a reorganização da agenda de trabalho, que deverá ser mais abrangente, não apenas voltada ao atendimento clínico, como acontecia anteriormente.
Onde fazer?	UBS, sala de atendimentos
Quando fazer?	Novembro de 2018
Quem fará?	Equipes NASF-AB e APS
Como será feito?	Tomar-se-á como base para preparação da agenda orientações apresentadas nos cadernos nº 39 e 34 do Ministério da Saúde ^{11,12} , ficando assim dividida, considerando-se as 40 horas semanais de trabalho do profissional de psicologia do NASF-AB: a) Atendimento quinzenal nos dois distritos administrativos, perfazendo um total de 08 horas semanais, correspondentes a 20% da carga horária semanal total; b) Atendimento semanal na UBS 1, perfazendo um total de 04 horas semanais, correspondentes a 10% da carga horária semanal total; c) Atendimento semanal na UBS 2, perfazendo um total de 08 horas semanais, correspondentes a 20% da carga horária semanal total; d) Atendimento semanal na UBS 2 para triagem agendada, perfazendo um total de 04 horas semanais, correspondentes a 10% da carga horária semanal total; e) Destinação de 08 horas semanais, divididas ao que corresponde a 05% da carga horária semanal à realização de diferentes atividades relativas ao Nasf-AB, tais como, grupos terapêuticos e/ou outros, visitas domiciliares conjuntas, matriciamento, atividades administrativas, salientando-se que esse total poderá ser redistribuído de acordo com a necessidade apresentada. f) Destinação de 08 horas semanais, divididas de acordo com a necessidade, para participação em atividades realizadas mensalmente, tais como reunião de equipe, reunião de matriciamento, reunião Nasf-AB, participação em conselhos municipais, participação em grupos das UBS.
Quanto custará?	Os custos referem-se a deslocamentos que serão realizados com carro oficial disponível, custo absorvido pela SMS nas atividades diárias e à alimentação do profissional de psicologia do NASF-AB quando em atividade nos distritos administrativos, igualmente suprido pela Secretaria Municipal de Saúde com o fornecimento de autorização para alimentação nos estabelecimentos locais cadastrados junto ao município.

FONTES: O autor (2018)

QUADRO 3 PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 2

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB particularmente à área de saúde mental
Objetivo Específico 2	Desenvolver apoio matricial para as equipes de APS.
Ação 1	Participação em grupos da APS
O que fazer?	Inserir o profissional de psicologia do NASF-AB em dois dos grupos de apoio estabelecidos na unidade de saúde, o grupo denominado "Chá de Bebê" com atividades educativas para as gestantes adscritas à UBS 1 e 2 e, "Grupo de Apoio à Perda de Peso", que trabalha com reeducação alimentar para usuários das UBS.
Por que fazer?	A participação do profissional de psicologia do NASF-AB nos grupos faz parte das possibilidades de atuação deste, da adequação de trabalho proposta, e possibilita amplitude do trabalho relacionado a temas abordados com frequência na clínica como ansiedade, depressão, insegurança, questões relativas à autoestima, que apresentam-se com regularidade nesse recorte significativo representado pelos dois grupos, evitando possíveis atendimentos individuais, como decorrência, colaborando para a eliminação da fila de espera, conforme descrito na ação 1 do objetivo 1.
Onde fazer?	Salão do idoso
Quando fazer?	Grupo "Chá de Bebê", toda primeira segunda-feira de cada mês, das 14h às 16h, a partir do mês de outubro de 2017. "Grupo de Apoio à Perda de Peso", toda segunda sexta-feira do mês, das 15h às 17h, a partir de outubro de 2017.
Quem fará?	Profissional de medicina clínica da ESF 1 da UBS Profissional de nutrição do NASF-AB Profissional de Psicologia do NASF-AB
Como será feito?	O profissional de psicologia do NASF-AB disponibilizará 15% (quinze por cento) de sua carga horária semanal (06h) para a participação nos grupos de apoio citados; a atuação será realizada na modalidade "roda de conversa".
Quanto custará?	Deslocamento para o salão do idoso realizado com carro oficial disponível, custo absorvido pela SMS nas atividades diárias.

FONTE: O autor (2018)

QUADRO 4 PROPOSTA DE AÇÃO 2 DO OBJETIVO 2

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental.
Objetivo Específico 2	Desenvolver apoio matricial para as equipes de APS.
Ação 2	Organização de grupos
O que fazer?	Estabelecer e/ou criar, grupos de atendimento em psicologia, de acordo com a necessidade apresentada.
Por que fazer?	Um grupo específico de atendimento em psicologia faz parte das possibilidades de atuação do profissional de psicologia do Nasf-AB, bem como da adequação de trabalho proposta, e possibilita ainda maior alcance da atuação do psicólogo à comunidade.
Onde fazer?	Salão do idoso
Quando fazer?	Janeiro de 2019, ou quando se apresentar a necessidade.
Quem fará?	Profissional de psicologia do NASF-AB.
Como será feito?	A partir da identificação da necessidade, com um mínimo de seis pessoas participantes, eleger-se-á data semanal e horário fixo para início das atividades, no primeiro encontro serão discutidos os critérios de funcionamento do grupo, tais como frequência, sigilo, entre outros.
Quanto custará?	Deslocamento para o salão do idoso realizado com carro oficial disponível, custo absorvido pela SMS nas atividades diárias.

FONTES: O autor (2018)

QUADRO 5 PROPOSTA DE AÇÃO 3 DO OBJETIVO 2

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental
Objetivo Específico 2	Desenvolver apoio matricial para as equipes de APS.
O que fazer?	Utilizar as ferramentas para apoio matricial juntos às ESF. Estabelecer, na prática das ESF atendidas pelo profissional de psicologia, os instrumentos matriciais do NASF-AB, a saber, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Interconsulta, Consulta conjunta, Visita domiciliar conjunta, Contato à distância, Genograma, Ecomapa.

Continua

QUADRO 5 PROPOSTA DE AÇÃO 3 DO OBJETIVO 2

Por que fazer?	A fim de adequar o profissional de psicologia do NASF-AB ao trabalho característico deste núcleo de saber, possibilitando extensão do rol de atividades anteriormente restrito a atendimento ambulatorial bem como ampliando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
Onde fazer?	Nas Unidades de Saúde às quais o NASF-AB está inserido.
Quando fazer?	<u>PTS</u> : Janeiro de 2019, quando se apresentar necessário. Interconsulta: Outubro de 2017 quando se apresentar necessário. <u>Consulta conjunta</u> : Maio de 2019. <u>Visita domiciliar conjunta</u> : Julho de 2019, quando necessário. <u>Contato à distância</u> : Janeiro de 2019 <u>Genograma</u> : Agosto e Setembro de 2019 <u>Ecomapa</u> : Outubro e Novembro de 2019
Quem fará?	<u>PTS</u> : Equipes NASF-AB, APS. Interconsulta: Equipes NASF-AB, APS. <u>Consulta conjunta</u> : Profissional de psicologia do NASF-AB, profissionais de medicina nas especialidades clínica, psiquiatria, neurologia. <u>Visita domiciliar conjunta</u> : Profissional de psicologia do NASF-AB, ACS, outras especialidades profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, de acordo com a necessidade apresentada. <u>Contato à distância</u> : NASF-AB. <u>Genograma</u> : NASF-AB. <u>Ecomapa</u> : Equipes NASF-AB, APS.
Como será feito?	<u>PTS</u> : Elaborado em reunião com a participação das equipes NASF-AB, APS, CAPS, gestores, usuário. <u>Interconsulta</u> : Interação, troca de experiências entre as equipes NASF-AB, APS, CAPS, especialidades médicas, quando necessário, através de contato pessoal nas UBS, reuniões de equipe da APS, do NASF-AB, ou à distância via telefone, e-mail, whatsapp. <u>Consulta conjunta</u> : Realizada para atender casos específicos, previamente agendado ou, em caráter emergencial, quando necessário, contando com a participação do profissional de psicologia do NASF e especialidades profissionais tais como médico clínico, psiquiatra, neurologista. <u>Visita domiciliar conjunta</u> : De acordo com a necessidade relatada pelo ACS responsável pela área, diretamente ou em reunião de equipe da APS, realizada pelo profissional de psicologia do NASF-AB e ACS. <u>Contato à distância</u> : Realizado via telefone fixo, móvel, mensagens de e-mail, whatsapp, a qualquer tempo, em horário comercial. <u>Genograma</u> : matriciamento do NASF à APS* Ecomapa: matriciamento do NASF à APS* *Serão discriminados nas ações do Objetivo Específico 2
Quanto custará?	Os recursos financeiros previstos são considerados de baixo impacto nas despesas, pois estão disponíveis em todas as UBS, podendo ser disponibilizados pelo gestor da Secretaria de Saúde sem necessidade de alteração no orçamento.

FONTE: O autor (2018)

QUADRO 6 PROPOSTA DE AÇÃO 4 DO OBJETIVO 2

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental
Objetivo Específico 2	Desenvolver apoio matricial para as equipes de APS.
O que fazer?	Capacitar as equipes de APS para identificar sofrimento mental, bem como realizar abordagens como acolhimento, escuta ativa de maneira mais adequada e efetiva em relação a usuários de saúde mental.
Por que fazer?	Facilitar a identificação, por parte da equipe da APS, de casos relacionados à saúde/sofrimento mental, bem como proporcionar a abordagem adequada, livre de temores e estigmas.
Onde fazer?	Sala de reuniões das UBS.
Quando fazer?	Junho de 2019 e Dezembro de 2019
Quem fará?	Equipe NASF: profissional de psicologia Equipe APS: profissionais medicina, enfermagem
Como será feito?	Apresentar-se-á conteúdo escrito sobre como pode-se identificar pessoas portadoras de sofrimento e/ou doença mental, quais as abordagens adequadas, exercício com apresentação de caso prático, esclarecimento de dúvidas; realizar-se-á durante as reuniões de equipe da APS.
Quanto custará?	Os recursos financeiros previstos são considerados de baixo impacto nas despesas, pois estão disponíveis em todas as UBS, podendo ser disponibilizados pelo gestor da Secretaria de Saúde sem necessidade de alteração no orçamento.

FONTE: O autor (2018)

QUADRO 7 PROPOSTA DE AÇÃO 5 DO OBJETIVO 2

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental
Objetivo Específico 2	Desenvolver apoio matricial para as equipes de APS.
O que fazer?	a) Capacitar os profissionais de nível superior que atuam na modalidade ambulatorial para realizar o Genograma. b) Capacitar os ACS para realizar o Ecomapa.
Por que fazer?	Ampliar o conhecimento da realidade do usuário do serviço de saúde, suas interações familiares, sociais, laborais, com a finalidade de proporcionar cuidado mais adequado, inclusive em termos preventivos.
Onde fazer?	Sala de reuniões das UBS.
Quando fazer?	<u>Genograma</u> : Agosto e Setembro de 2019 <u>Ecomapa</u> : Outubro e Novembro de 2019
Quem fará?	<u>Equipe NASF</u> : profissional de psicologia
Como será feito?	<u>Genograma</u> : Apresentação de conteúdo teórico explicativo ilustrado sobre o tema, com apoio de material trabalhado no curso de especialização em saúde mental na atenção primária, bem como literatura oficial do MS, exercícios práticos, esclarecimento de dúvidas, seguimento com supervisão, se necessário. <u>Ecomapa</u> : Apresentação de conteúdo teórico explicativo ilustrado sobre o tema, apoio de literatura oficial do MS, exercícios práticos, esclarecimentos de dúvidas, seguimento com supervisão, se necessário.
Quanto custará?	Os recursos financeiros previstos são considerados de baixo impacto nas despesas, pois estão disponíveis em todas as UBS, podendo ser disponibilizados pelo gestor da Secretaria de Saúde sem necessidade de alteração no orçamento.

FONTES: O autor (2018)

QUADRO 8 PROPOSTA DE AÇÃO 1 DO OBJETIVO 3

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental
Objetivo Específico 3	Sistematizar a atenção em saúde mental utilizando instrumento oficial de estratificação para estabelecer fluxograma de atendimento.
O que fazer?	Capacitar profissionais do quadro efetivo, com nível superior de escolaridade, atuantes na APS e CAPS para utilizar o instrumento Estratificação de Risco em Saúde Mental. ¹⁶
Por que fazer?	O instrumento estratificação de Risco em Saúde Mental ¹⁶ possibilitará quantificar os usuários dos serviços de saúde mental, e definirá, no momento, a classificação do sofrimento mental, possibilitando inserção no serviço mais adequado à necessidade atual, evitando retrabalho, atendimentos incompletos e/ou inadequados; com os dados obtidos é possível elaborar-se fluxograma de atendimento em saúde mental.
Onde fazer?	Nas salas de atendimento das UBS da sede, do interior, do CAPS.
Quando fazer?	Fevereiro de 2019
Quem fará?	Profissional médico psiquiatra e/ou médico clínico geral com conhecimento acerca de saúde mental.
Como será feito?	Encontros presenciais agendados antecipadamente, onde utilizar-se-á o instrumento de estratificação de risco em saúde mental disponível nas Oficinas de Atenção Primária à Saúde de Qualidade em todo o Paraná (APSUS), oficina 8, saúde mental ¹⁶ .
Quanto custará?	Os recursos financeiros previstos são considerados de baixo impacto nas despesas, pois estão disponíveis em todas as UBS podendo ser disponibilizados pelo gestor da Secretaria de Saúde sem necessidade de alteração no orçamento geral.

FONTES: O autor (2018)

QUADRO 9 PROPOSTA DE AÇÃO 2 DO OBJETIVO 3

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental.
Objetivo Específico 3	Sistematizar a atenção em saúde mental utilizando instrumento oficial de estratificação para estabelecer fluxograma de atendimento.
O que fazer?	Elaborar fluxograma de atendimento em saúde mental de acordo com os dados obtidos no instrumento Estratificação de Risco em Saúde Mental ¹⁶
Por que fazer?	Proporcionar otimização dos atendimentos, maximizar a efetividade do tratamento, minimizar duplicidade de atividades.
Onde fazer?	Sala de reuniões da UBS
Quando fazer?	Março de 2019
Quem fará?	<u>Equipe NASF</u> : profissionais de psicologia <u>Equipe APS</u> : profissionais de medicina e enfermagem <u>Equipe CAPS</u> : profissionais de assistência social, enfermagem, medicina, especialista em psiquiatra.
Como será feito?	Reunião agendada para discussão de critérios e possibilidades.
Quanto custará?	Os recursos financeiros previstos são considerados de baixo impacto nas despesas pois estão disponíveis em todas as UBS, podendo ser disponibilizados pelo gestor da Secretaria de Saúde sem necessidade de alteração orçamentária.

FONTE: O autor (2018)

QUADRO 10 PROPOSTA DE AÇÃO 3 DO OBJETIVO 3

Objetivo Geral	Promover a adequação dos trabalhos característicos à equipe NASF-AB, particularmente à área de saúde mental
Objetivo Específico 3	Sistematizar a atenção em saúde mental utilizando instrumento oficial de estratificação para estabelecer fluxograma de atendimento.
O que fazer?	Elaborar protocolo de atendimento em saúde mental nas UBS
Por que fazer?	Sistematizar critérios para atendimento ambulatorial em psicologia
Onde fazer?	Sala de atendimento da psicologia na UBS
Quando fazer?	Abril de 2019
Quem fará?	Profissional de psicologia do NASF, Gestor da UBS
Como será feito?	Reunião agendada para estabelecimento dos critérios
Quanto custará?	Os recursos financeiros previstos são considerados de baixo impacto nas despesas pois estão disponíveis em todas as UBS, podendo ser disponibilizados pelo gestor da Secretaria de Saúde sem necessidade de alteração no orçamento geral.

FONTE: O autor (2018)

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Definir indicadores para monitoramento e avaliação é um ponto fundamental para a institucionalização deste projeto. Para tanto será importante registrar todas as evidências de cumprimento e realização dos objetivos e ações propostos por meio de: listas de presença assinadas pelos usuários nos grupos realizados, atas de reunião das equipes, periodicidade das ações, registro de discussões apontando pontos que favorecem e dificultam a continuidade do projeto e outros registros que podem compor um "diário de bordo" do Projeto. Espera-se ter um registro descritivo e reflexivo sobre o andamento do projeto de modo que a partir dele possam ser extraídos melhores indicadores para monitoramento e avaliação.

RESULTADOS PARCIAIS

No que se refere à primeira ação do objetivo 1, a análise da lista de espera realizou-se no período previsto, com excelente efetividade, a lista de espera foi eliminada e a triagem semanal mostrou-se de grande valia, as demandas dos usuários são acolhidas e as ações necessárias são propostas imediatamente.

Quanto à primeira ação do objetivo 2, participação em grupos da APS, o trabalho foi iniciado, embora com menor efetividade, devido à incompatibilidade de agenda dos profissionais, perdurou por alguns meses, depois foi descontinuado, com proposta de retomada para o ano de 2019.

No que se relaciona à ação 3 do segundo objetivo, a interconsulta realiza-se de acordo com a necessidade, de maneira efetiva e eficaz.

Os demais objetivos não apresentam resultados parciais por tratar-se de propostas ainda não estabelecidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O século XXI está chegando na sua segunda década, avanços tecnológicos se fazem presentes em nossas vidas a todo instante, a saúde mental ganha seu espaço de discussão no dia a dia das instituições de saúde, na sociedade, nas escolas, a inserção se faz presente, embora ainda trazendo consigo alguns estigmas, por isso trabalhos desenvolvidos por núcleos de saberes tais como se apresentam os NASF-AB, com sua capacidade de transitar entre o território, os usuários, a equipe das UBS, as demais políticas sociais, os tornam de grande valia para a saúde, em especial a saúde mental.

Diante de toda essa importância é que se faz tão urgente a *ampliação do rol de atividades do NASF-AB em saúde mental*. Considerando que todos os recursos estruturais, físicos e humanos estão disponíveis, o investimento necessário é em tecnologias relacionais, interpessoais, para articulação de processos de trabalho. Este projeto tem foco na saúde mental e o profissional psicólogo foi considerado um articulador para ampliar o acolhimento e a atenção nas equipes das UBS, no entanto, a atenção à saúde mental não é de competência exclusiva do núcleo de conhecimento da psicologia. Espera-se ao longo deste projeto, que todos os profissionais e a comunidade se sensibilizem para o acolhimento de pessoas em sofrimento mental. Entende-se que não se trata

apenas de atenção especializada, mas muito de apoio social, familiar e multiprofissional.

Participar do curso de especialização em saúde mental na atenção básica à saúde e desenvolver esse PA mostrou ser viável a efetivação destas possibilidades, e a apresentação física das propostas representadas nas páginas desse trabalho permite sua visualização e total aplicabilidade, sabendo, inclusive, que o aqui representado é uma pequena parcela de tudo o que pode ser realizado.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
2. BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
3. BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PNAB: política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 114 p.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica PNAB: estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
6. BRASIL. IBGE. Brasil. Estatística por cidade e estado: Tibagi. 2010. Brasil. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 08 nov. 2017.
7. PARANÁ. IPARDES. Caderno Estatístico Município Tibagi. 2017. Disponível em: <www.ipardes.gov.br>. Acesso em 08/11/2017.
8. AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 3. p. 01-202.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centros de atenção psicossocial como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 41 p.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica nº 27: diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 p.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica nº 39: núcleo de apoio à saúde da família – volume I: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, 2014. 116 p.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica nº 34: saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 171 p.
13. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p.399-407, fev. 2007.
14. Candeloro R (Brasil). Não tenha dúvidas: método 5W2H. 2008. Disponível em: <www.administradores.com.br>. Acesso em: 13 set. 2018
15. Marques JR. O que é a metodologia 5W2H? 2016. Disponível em: <www.jrmcoaching.com.br>. Acesso em: 19 set. 2018.
16. PARANÁ. Oficinas do APSUS: formação e qualificação do profissional em atenção primária à saúde: Oficina 8: Saúde Mental. Curitiba: Paraná, 2014. 42p.

A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA JUNTO AO INTERDITO COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

The performance of Primary Care to the psychic suffering interdict

Rosangela Aparecida Pereira¹, Inês Terezinha Pastório², Giseli Cipriano Rodacoski³

1. Assistente Social (2013) pelas Faculdades Itecne - Cascavel. Integrante do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental nas Faculdades Itecne - Cascavel. Atua na área de Saúde Mental do Município de Toledo-PR, junto ao Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II. <https://orcid.org/0000-0003-0915-1596>
2. Assistente Social pela UNIOESTE. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Ambientais e Sustentabilidade (GEPPAS) e do Grupo Interdisciplinar e Interinstitucional de Pesquisa e Extensão em Desenvolvimento Sustentável (UNIOESTE). Mestre e Doutoranda em Desenvolvimento Rural Sustentável (PPGDRS), pela UNIOESTE, Campus de Marechal Cândido Rondon. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4449-2591>
3. Psicóloga, Mestre em Educação, Doutora em Biotecnologia - linha de pesquisa: Ensino na Saúde. Professora na Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba-PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>

CONTATO: Rosangela Aparecida Pereira | Avenida Maripá, 6999/700 | Toledo | PR | E-mail: ropereira-san@hotmail.com.

COMO CITAR Pereira AP, Pastório IT, Rodacoski GC. A atuação da atenção primária junto ao interdito com sofrimento psíquico R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Supl 2): 92-99



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O presente artigo é resultado de indagações frente à saúde mental /interdição civil, uma vez que as equipes de saúde não estão capacitadas para atender essa demanda crescente, que ao mesmo tempo possui o transtorno mental e é interdito, o que dificulta a manutenção do quadro clínico, pois o sujeito se torna alheio a si, deixando de fazer parte da comunidade ficando alheio a vontades de outros. Assim sendo, a importância de atender

esse sujeito na atenção de saúde básica com vista a manter a sua cidadania e autonomia, o que possibilita a potencialidade da pessoa acometida de transtorno mental de se manifestar.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Interdição Legal. Sistemas de Identificação de Pacientes.

ABSTRACT This article is the result of some questioning about mental health/civil interdiction, since health teams are not able to meet this growing demand of patients who, at the same time have a mental disorder and are interdicted. This situation makes it difficult to maintain the clinical picture, because the subject becomes an alien to him/herself, not being part of the community any more, becoming oblivious to the wishes of others. Thus, it is important to attend this individuals at primary health care, aiming to maintain their citizenship and autonomy, which allows the manifestation of the potential of the person who has a mental disorder.

KEYWORDS: Mental Health. Legal Interdiction. Patient Identification Systems.

INTRODUÇÃO

Este relato de experiência apresenta o resultado de indagações frente à qualidade de vida da pessoa interdita e o incipiente conhecimento da rede de atenção básica frente o tema.

Destarte, o adoecimento mental é um processo orgânico que perpassa a vida social do sujeito no qual esse ser humano genérico e social é base da sua saúde mental e ao mesmo tempo sendo destruidor dela, pois o ambiente influencia no aparecimento e potencializa o desenvolvimento do transtorno mental como sendo reflexo de uma sociedade selvagem que coage a pessoa em sofrimento psíquico.

Uma vez que a reforma psiquiátrica brasileira no fim do século XX sofre influência das correntes europeias de reconceituação

da psiquiatria, tendo como precursor Franco Basaglia, ainda é um evento novo e pouco conhecido frente às lutas da reestruturação da saúde mental no país, no momento em que a desinstitucionalização precisa ser analisada coletivamente, com vistas a integrar esse sujeito recém desospitalizado na sociedade. Para esses grupos de pessoas surgem as instituições de permanência terapêutica alternativa - CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), para o tratamento e acompanhamento da pessoa com transtorno mental, e com a lei Paulo Delgado surge a ressocialização como meio integrador com ênfase na dimensão social e política com vista à emancipação dessa pessoa.

Contudo, nesse ditame a interdição civil se tornou uma prática comum entre os familiares

com vistas a "defender" os bens desse sujeito. Vale ressaltar que a interdição civil surgiu no direito romano como meio de defender os bens de uma pessoa "desvairada". Assim sendo, a curatela era fundada em manicômios e os curatelados esquecidos pelos seus familiares. Dentro dessa mescla de atendimento intramuros para extramuros, os usuários da psiquiatria velha são envolvidos pelos meios de prevenção e reabilitação do transtorno mental evoluindo para a "liberdade" desse usuário, que saiu do hospital psiquiátrico e permaneceu enclausurado na interdição civil que olha seus direitos, sua cidadania e a sua essência.

Diante disso, foram levantados dados referentes aos pacientes interditos no CAPS II Toledo-PR, tendo sido constatado que a região da UBS CAIC compreende 08 usuários interditados dentro do território dos bairros Jardim da Mata, Vila Boa Esperança, Vila Pioneira e Jardim Maracanã, os quais são bairros vulneráveis socioeconomicamente devido a sua estruturação, assim o projeto piloto visa dar voz aos anulados da sociedade e suas famílias através do apoio matricial.

Da problematização da realidade foi proposto um projeto de intervenção para a atenção básica, por meio do matriciamento com vistas a ampliar a capacidade dos profissionais para o manejo de situações de interdição. Para que o proposto venha a ocorrer se fará atividades (palestras, roda de conversas) com os profissionais dessa instituição para que possam ser sensibilizados frente à interdição e o adoecimento psíquico.

Destarte, o matriciamento como fonte de acolhimento e formação de vínculo propicia aos envolvidos paciente/equipe uma relação de apoio e compreensão, uma vez que o paciente

continua a ser da equipe, porém assistido em sua singularidade, dentro da sua família e território, e para isso se utilizará do genograma e ecomapa, para que sejam acompanhados no território.

Assim sendo, a atenção básica tem o papel de provocar essa emancipação e elaboração do cuidado dessas pessoas que vão se tornando alheias a si e em consequência mais fechadas, dificultando o tratamento e acompanhamento do sujeito em sua integralidade, obedecendo à ideia de que é uma pessoa completa não apenas com transtorno mental. O ser humano é biopsicossocial, ou seja, todas as relações sociais, culturais e ambientais influenciam o sujeito em sua gênese, uma vez que quando chega à interdição civil o sofrimento psíquico atinge um nível de desolação em que ela já não se vê como pertencente a sua família e sociedade, onde o pilar da dignidade humana é a aproximação desse sujeito com as unidades de saúde. Contudo, nem todos os sujeitos acometidos de sofrimento mental interdito são atendidos nos CAPS para que a reabilitação e socialização da pessoa possam ser realizadas, o que resulta na alienação e desconhecimento de si; porém a pessoa deve ser vista em sua singularidade e atendida dentro do seu meio social para que seja compreendida como um ser social, e que sua cidadania de acessar a saúde possa ser ouvida e levada em consideração.

METODOLOGIA

Este trabalho com a atenção básica vem ao encontro para sanar as lacunas da reforma psiquiátrica e de interdição civil frente à sociedade contemporânea que exclui e tolhe a cidadania da pessoa interdita com transtorno

mental. Assim o CAPS II de Toledo atende as necessidades desses sujeitos interditos, e de suas famílias que desconhecem a melhor forma de lutar/trabalhar com a pessoa curatelada, sendo que a unidade alternativa se torna o porto para as mazelas da interdição que não é reconhecida na atenção básica, e outros nem chegam a aportar à instituição.

Primeiramente, cabe ressaltar que o projeto piloto fará um recorte do universo de 22 bairros, que pertencem à chamada Grande Pioneiro, estabelecendo como alvo 04 bairros; destes quatro o bairro onde ocorre maior população em situação de desigualdade social é o bairro Vila Boa Esperança, que teve sua estruturação de maneira grilada, onde as pessoas com menos possibilidades se abrigaram no início da estruturação da cidade e a área ficou conhecida como pouso frio, como comenta Pereira: "o Pouso Frio era desprovido de infraestrutura, sem serviços médicos adequados, sistema educacional que atendesse à demanda ou transporte público acessível". Devido a isso, os trabalhadores que vinham de outros estados para trabalhar na cidade fizeram a ocupação do pouso frio dentro de suas necessidades imediatas, nascendo posteriormente os bairros Vila Boa Esperança e Vila Pioneira.

Ao longo dos anos essa área passou por transformações de infraestrutura, regularização dos imóveis, porém ainda é uma região conflituosa, com vários casos de transtornos mentais atendidos no CAPS II, devido a sua história de ocupação onde a vulnerabilidade social e econômica se vislumbra tornando-se o ambiente propício ao desenvolvimento de transtorno mental devido a meios externos, como o sociólogo Martins² comenta: "[...] nem todos os elementos culturais e sociais contribuem

para o equilíbrio social, pois alguns deles podem ter consequências incômodas para uma certa sociedade, dificultando o 'bom funcionamento' de sua ordem."

Assim sendo, foi realizado no ano de 2017 um levantamento com o universo de 218 pacientes ativos no CAPS II, para identificar a qual bairro e/ou região pertencem os pacientes vinculados ao mesmo. Assim 47 pacientes são atendidos pela UBS CAIC formando 23 % de pacientes atendidos. O que justifica a sua escolha pela população em situação de desigualdade econômica, política e social, uma vez que desse universo de 47 pacientes, 08 são interditos devido à condição mental, os quais são pouco compreendidos pela família e sociedade.

Portanto, o projeto aplicativo vem ao encontro de possibilitar novos meios de atender a esse grupo latente na sociedade que ao mesmo tempo é reprimido e tolhido em sua cidadania, onde a atenção primária tem o papel fundamental em atender, em suas peculiaridades, os interditos e sua família através do apoio matricial que se torna um meio de dar voz a esse grupo de pessoas anuladas e, ao mesmo tempo, humanizar o atendimento que muitas vezes acontece de forma mecânica nas unidades de saúde.

Desta forma será realizado com vistas a identificar na UBS os interditos e realizar o acompanhamento dessa pessoa para que possa ser assistida em suas particularidades, enquanto humano genérico e social dentro do meio social que o circunda, família e bairro. E assim, o projeto busca contemplar a sensibilização das equipes de saúde em relação à relevância da interdição civil em saúde mental, e a partir desta compreensão, para um olhar humanizado frente ao interdito em sofrimento mental, pois a dor da doença e a

dor da cidadania tolhida resultam em um grande abalo potencializando o genocídio político de pessoas anuladas frente à saúde, família e à sociedade.

Essa sensibilização ocorrerá junto à equipe da UBS CAIC a partir do início do segundo semestre de 2019, iniciando por meio do estudo da interdição e seus rebatimentos no cotidiano e na saúde da pessoa com transtorno mental, seguindo-se com a identificação dos interditos desta área de abrangência, e com estudos de caso vinculados a esse público-alvo, da UBS referida.

RESULTADOS

Com o desenvolvimento do projeto, espera-se obter como resultado um atendimento diferenciado à pessoa interdita em saúde mental pela atenção básica, uma vez que as mazelas da saúde recaem sobre a necessidade de novos mecanismos de ação frente à doença mental que ainda é ideologicamente reprimida e socialmente anulada pela sociedade.

Assim sendo, vem ao encontro de sensibilizar os trabalhadores da UBS frente ao transtorno mental, possibilitando a minimização dos internamentos psiquiátricos através do apoio matricial, e efetivando os preceitos da reforma psiquiátrica.

Portanto, o presente projeto possibilita as equipes de saúde da atenção primária, conhecer/reconhecer o tema e assim trabalhar com esse usuário a dependência de sua família devido à interdição civil.

Vale ressaltar que a autonomia do interdito é mínima, assim a alienação ao seu cuidador

dificulta o tratamento que muitas vezes não aporta a rede especializada. Portanto, as UBS são porta de entrada para o atendimento e acompanhamento desse usuário e de sua família.

DISCUSSÃO

A interdição surgiu no direito romano antigo, a palavra interdição vem do latim *interdictio* do verbo proibir, que consiste em vetar ações ou atos nos quais a pessoa é sujeita a curatela¹ pela incapacidade mental, ou de outros gêneros, sob curatela de uma pessoa consanguínea e/ ou pessoa fora da consanguinidade, sendo ambos os casos com vínculos estreitos com o interdito. Brasil³ comenta que a interdição era um procedimento discriminatório do ponto de vista social e político, pois na Roma antiga, somente se identificava a capacidade *pater família*, (cidadão) ao ser social nascido em Roma, de sexo masculino e que dirigia uma família, sendo excluídos das pater família os estrangeiros, as mulheres, os prisioneiros de guerra, as crianças e os doentes, por não representarem a sociedade romana, a partir disso a interdição tem berço na discriminação e estigmatização.

Brasil³ traz ainda que "[...] a interdição, na medida em que retira os direitos civis e políticos do cidadão, simplesmente toma dele o direito básico de viver sua vida de acordo com suas possibilidades e limitações." Assim sendo, essa realidade se torna um pano de fundo da sociedade que não é vista e passa anulada frente às unidades de atenção básica, uma vez que a metodologia a ser aplicada consiste em sensibilizar/qualificar as equipes de saúde da atenção básica quanto à interdição, e Medeiros⁴ reforça que,

As políticas públicas não lhes concedem prioridade. Não têm voz nem voto. Não dispõem de liberdade e autonomia para gerir, de forma independente, suas vidas. Não dispõem da capacidade para o exercício de seus direitos civis e políticos. Não têm expressão. Estão excluídos do mercado de trabalho. Não produzem.

Com a luta da Reforma Psiquiátrica se dá pela humanização dos atendimentos os quais eram realizados nas instituições psiquiátricas e se tornava uma relação entre doente e trabalhador de saúde, devido à forma como ocorriam, e pelo fato de não haver visitas de familiares na maioria dos casos dos pacientes psiquiátricos. Com essa busca de reinserção do doente mental à sua gênese (família) o tratamento se torna efetivo e humanizado, todavia para atenuar a difícil tarefa da família de conviver e reconhecer no "louco" um ente em tratamento que necessita de apoio para um eficaz controle do sofrimento mental.

Contudo, a desinstitucionalização vem ao encontro de trabalhar o processo saúde doença, no qual a pessoa possa ser reabilitada extramuros com o apoio de instituição de ressocialização psicossocial, através de atividades que facilitam as atividades da vida diária por meio de atividades inovadoras que primam pela reabilitação desse sujeito na sociedade mediante uma política neoliberal e elitizada, e vão se criando práticas voltadas ao acompanhamento do paciente em sofrimento mental.

O atendimento da pessoa interditada com transtorno mental perfaz a necessidade de compreender a interdição civil como um fenômeno social que provoca uma série de negações da pessoa com sofrimento psíquico e o descontentamento da família frente à situação doença - interdição. Contudo, nesse processo matriciador as equipes de saúde

devem efetuar "o cuidado em saúde mental decorrente de uma intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, o paciente e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico" (CARDOSO e GALERA)⁶.

Contudo, essa forma de matriciamento, à pessoa interdita, é algo pouco realizado ou muitas vezes nem ocorre por ser uma parcela da população anulada socialmente, a qual se torna alheia a si e às suas vontades e silenciado frente as suas necessidades. Assim sendo a atenção básica tem a necessidade de criar mecanismos de cuidado para com esse grupo latente que por meio da cidadania tolhida aos poucos vão sendo esquecidos. A atenção básica como porta de entrada dos casos de saúde mental é uma ferramenta eficiente frente ao matriciamento e cuidado em saúde mental como o Brasil⁷ suscita a que a atenção básica é o,

[...] ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/ território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

Assim sendo, o matriciamento na atenção básica é uma ferramenta de transformação e do processo saúde-doença, onde esse interdito pode ser assistido em sua singularidade e possivelmente apresentar melhora dos quadros psíquicos agudizados.

No entanto esse processo matriciador possibilita a reinserção social da pessoa interdita e como recompensa a sua autonomia a qual deixa de ser vista como um estorvo a sua família, e a sua família em contrapartida compreender

que no processo saúde, doença e interdição, o sujeito é parte integrante da sociedade e de seu lar, onde pesquisas mostram que a família é de fundamental importância para o tratamento e idealização de novos caminhos para com esse grupo no território, uma vez que é preconizado via SUS, essa articulação entre as redes de atenção em saúde mental a qual se tornou fundamental para a atenção das pessoas com transtorno mental e seus familiares, que acontecem por meio de ações comunitárias que possibilitam a inclusão social destas pessoas no território que vivem⁸. (CORREIA, BARROS, COLVERO).

CONCLUSÃO

A interdição civil é um ato judicial que implica na incapacidade do sujeito diante da sociedade de fazer algumas atividades ou o anula por completo devido à (co) dependência entre curador e tutelado, tornando-se claro e evidente o efeito nefasto da interdição da pessoa com sofrimento psíquico, e nota-se um grave deslocamento de valores e interesses frente a esse processo no qual sem rendas, alvos da questão social embutidos no transtorno mental/pobreza, ousa-se falar em genocídio político, pois as mazelas gritantes levam esse grupo espoliado e doente a buscar meios de sobrevivência mesmo que custem a sua "liberdade" e a sua "capacidade".

Notou-se o incipiente conhecimento das equipes de saúde frente à interdição civil, fazendo-se necessária a formulação do presente projeto piloto para que se tenha um feedback dos profissionais frente ao tema, e o apoio matricial voltado à formação de vínculo do interdito com

a família e equipe possibilita melhor qualidade de vida e a retomada da autonomia tolhida pela interdição.

Assim sendo, o presente compilado visa a sensibilização das equipes e acolhimento e reconhecimento das pessoas interditas no território através do ecomapa, e em seguida a implantação do geneograma para que se possa compreender a dinâmica interfamiliar desse usuário e também as vulnerabilidades do território, além da possível desigualdade econômica, política e social que possa estar vivendo.

Destarte, o projeto piloto vem ao encontro para apoiar matricialmente as equipes de saúde da atenção básica, primando pelo menor índice de internamentos psiquiátricos, melhor qualidade de vida do interdito e sua família, possibilitando a autonomia e ao mesmo tempo a qualificação e sensibilização quanto à atenção humanizada à pessoa com sofrimento psíquico interdito. Portanto, o projeto propicia melhor diálogo entre a rede especializada e atenção básica através do apoio matricial, e atendendo o usuário interdito em sua singularidade possibilitando a autonomia e minimização da alienação ao seu tutor, facilitando a vida em sociedade, e assim possibilitando a real reabilitação psicossocial voltada à emancipação do sujeito.

REFERÊNCIAS

1. Pereira MCC. Mapeando o Pouso Frio: dinâmicas de construção de um bairro na cidade de Toledo/PR.in Cadernos de História disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoshistoria/article/view/P2237-8871.2017v18n28p228>. Acesso março 2019.
2. Martins CB. O QUE É SOCIOLOGIA. 38ª ed. - São Paulo Brasileira, 1994, p.91 (Coleção primeiros passos).
3. BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados: Comissão de Direitos Humanos e Minorias. A banalização da interdição judicial no Brasil: relatórios.- Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. 333p.- (série ação parlamentar;n.349)
4. Medeiros MBM. Interdição civil: proteção ou exclusão social?/ Maria Bernadette de Moraes Medeiros. - São Paulo: Cortez, 2007.
5. Sarmento ESC. A Interdição no direito brasileiro: doutrina, jurisprudência, prática, legislação/ Eduardo Sócrates Castanheira Sarmento.- Rio de Janeiro : Ed. Forense, 1981.
6. Cardoso L. Galera SAF. O cuidado em Saúde mental na atualidade. In Biblioteca digital da produção intelectual. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342011000300020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso março 2019.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
8. Correia VM; Barros S; Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe saúde da família. In Revista Escola de Enfermagem USP. 2011 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf> acesso setembro 2018. Acesso março 2019

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA ABORDAGEM DE PACIENTES USUÁRIOS DE DROGAS NA PERSPECTIVA DA REDUÇÃO DE DANOS

Training of community health agents in a damage reduction perspective to approach drug-using patients

Leila de Fátima Machado¹, Giseli Cipriano Rodacoski², Pablo Guilherme Caldarelli³

1 Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) Toledo-PR. Toledo-PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7937-0092>

2 ... Psicóloga, Professora na Escola de Saúde Pública do Paraná. Curitiba-PR. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4837-9331>

3 Professor do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil - Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina-PR. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4589-9713>

CONTATO: Pablo Guilherme Caldarelli | Rua Juiz de Fora, 230 | Jardim Hedy | CEP 86062-680 | Londrina | PR | Telefone (43) 99912 -164| E-mail: pablocaldarelli@hotmail.com

COMO CITAR Machado LF, Rodacoski GC, Caldarelli PG. Capacitação de agentes comunitários de saúde para abordagem de pacientes usuários de drogas na perspectiva da redução de danos. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Suppl 2): 100-112



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de experiência da estruturação de um projeto aplicativo para capacitar agentes comunitários de saúde para promoverem mudanças reais em seu processo de trabalho, e favorecerem intervenções de redução de danos junto à população que faz uso de álcool e outras drogas

e seus familiares. Para essa finalidade, a metodologia está estruturada na teoria da aprendizagem significativa e no Arco de Maguerez. Para operacionalização propõem-se matrizes de intervenção que estabelecem as ações detalhadas para cada objetivo específico. A aplicação do projeto será em uma unidade com duas equipes de estratégia de saúde da família, nas quais atuam um total de 10 ACS em Toledo-PR. Após concluído e avaliados os resultados e método proposto, pretende-se aplicar o projeto na totalidade do território do município. Espera-se contribuir no processo de trabalho das equipes e promover intervenções positivas na qualidade de vida da população.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde. Capacitação em Serviço. Dependentes Químicos.

ABSTRACT The objective of this paper is to report the experience of structuring an application project for training community health workers to promote real changes in their work process, and to favor harm reduction interventions among the population using alcohol and other drugs, as well as their families. Thus, the methodology is based on the theory of meaningful learning and the Arch of Maguerez. Its operationalization proposes intervention matrices that establish detailed actions for each specific objective. The project will be implemented in a unit with two family health strategy teams, in which a total of 10 (ten) community health workers work, in the city of Toledo, state of Paraná. After completing and evaluating the results and proposed method, the project shall be applied in the entire territory of the municipality. We expect to contribute to the teams' work process, and to promote positive interventions in the population quality of life.

KEYWORDS: Community Health Workers. Inservice Training. Drug Users.

INTRODUÇÃO

O consumo abusivo de álcool e outras drogas nas últimas décadas é problema que tem requerido ações políticas que visem a integralidade, de modo a minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde. Esse tema é complexo e sua discussão perpassa a problemática das drogas ilícitas, abrangendo também o consumo de álcool, tabaco e medicamentos. Para uma atenção integral, que minimize os danos à saúde da população usuária de drogas e também de suas famílias, a abordagem dessa questão compõe o campo de atuação da Rede Atenção Psicossocial

de um município, e a gestão do cuidado se inicia na atuação da atenção primária em saúde¹.

O uso de drogas lícitas e ilícitas pela população tem demandado ações dos serviços de saúde em Toledo-PR. Este município tem aproximadamente 133.824 habitantes, possui um importante potencial de acessão demográfica e está situado na região do Oeste do estado do Paraná, a qual faz fronteira com o Paraguai e Argentina². Pela sua localização, constitui-se de uma área geopolítica relevante para a integração dos povos do Cone Sul da América, e também é uma região estratégica na rota de drogas ilícitas. Esse fato é indicado como um fator de acesso

e uso dessas substâncias pela população do município e região, somado ainda, ao consumo das drogas lícitas.

Essa expansão demográfica do município associada à localização de fronteira, somada ao contexto social e cultural de aumento de uso de substâncias psicoativas, das quais também fazem parte o álcool, tabaco e medicamentos, indicam demandas atuais e futuras de saúde dos munícipes. Tornam-se necessários estudos, planejamento, organização e execução das políticas públicas de saúde mental não apenas no nível de serviços especializados, mas principalmente junto à atenção primária à saúde da população.

A rede de Atenção Básica do município organiza-se em Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 80% contam com a estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nesse cenário, a população do território da Unidade de Saúde da Família Santa Clara IV é uma das que apresenta situação de vulnerabilidade e demandas da equipe na atenção aos pacientes usuários de drogas e seus familiares. Entre as dificuldades referidas pelos ACS durante reuniões de matriciamento da equipe dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), está a abordagem dessas pessoas para estabelecer um vínculo de cuidados junto à equipe da ESF e possibilitar encaminhamentos à rede de atenção especializada².

Um dos meios para ampliar a resolução de problemas e impactar na situação de saúde das pessoas e coletivos foi a reorganização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da ESF. Na abordagem da dependência química, entre as ações de saúde a serem realizadas junto aos indivíduos, famílias e coletivos, a Política Nacional da Atenção Básica

(PNAB), atualizada no ano de 2017, preconiza-se a redução de danos (RD)³. Trata-se de uma perspectiva a ser desenvolvida por meio do cuidado integrado e gestão qualificada, com equipe multiprofissional em território definido^{4,5}.

Nas equipes de ESF, os ACS atuam com adscrição das famílias, realizam visitas domiciliares para ações de monitoração, prevenção de agravos e promoção da saúde, orientando sobre a rede de serviços e realizando ações que busquem integrar a equipe de saúde e a população³. Assim, esses profissionais são de extrema importância para as ações de RD. Na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a RD visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares⁵. Dessa forma, compreende-se que as intervenções possíveis são amplas e diversificadas, tanto quanto as demandas singulares, podendo variar desde uma escuta acolhedora, orientações sobre substituição para drogas menos prejudiciais, apoio à família, e até mesmo a abstinência enquanto escolha do sujeito^{4,5}.

O guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, elaborado pelo Ministério da Saúde, apresenta que a RD não é uma estratégia isolada e sim uma incorporação nas ações do cotidiano do cuidado. O usuário deve ser o protagonista de seu cuidado e o serviço deve atuar como fortalecedor de novas atitudes de vida, no qual o vínculo é considerado como estratégia primando pela autonomia. A especificidade do cuidado requer uma via de mão dupla, ou seja, o usuário deve procurar o serviço e/ou o serviço realizar uma busca ativa no território¹.

A relação entre ACS e paciente-família é fundamental para viabilização de acesso e

superação de preconceitos e estigmas que estão envolvidos na atenção à saúde da população que faz uso ou abuso de substâncias psicoativas⁶. Segundo a “Cartilha Diminuir para Somar” (2011)⁷, o medo faz com que muitas pessoas que usam drogas não procurem seus direitos, como se tivessem que abdicar da condição de cidadãos e aceitar a condição de marginalidade. Nesse sentido, a ESF torna-se um campo potente de intervenções, pois possibilita que essas pessoas conheçam a sua equipe de saúde, o seu ACS, e criem laços de confiança, identificando profissionais com os quais se sintam mais à vontade para conversar.

Quando se trata de temas polêmicos e marginalizados como a problemática de uso de drogas, a aplicabilidade do conhecimento teórico-prático deve ser uma preocupação para os serviços de saúde. Ao analisar resultados na pré e na pós capacitação de ACS, Cordeiro et al. (2014)⁸ identificaram que apesar de compreender de forma mais ampla o fenômeno das drogas, os participantes encontram dificuldades em transformar suas práticas cotidianas⁸. Dessa forma, observa-se a necessidade de utilizar nas capacitações dos ACS metodologias que visem que o processo de ensino-aprendizagem ocorra de forma significativa, gerando mudanças em suas realidades de trabalho⁹.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é apresentar um relato de experiência da estruturação de um projeto aplicativo para capacitar os agentes comunitários de saúde do município de Toledo-PR, por meio de metodologias ativas, para intervenções junto a pacientes usuários de drogas e suas famílias, na perspectiva de redução de danos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

O presente relato de experiência, estruturado por meio de uma abordagem crítico-reflexiva e descritiva, é um produto do curso de Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, vinculado à Escola de Saúde Pública do Paraná da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). O curso encontra-se em consonância com a Rede de Saúde Mental, uma das cinco Redes Assistenciais prioritárias da SESA, representando um marco histórico no Paraná pela oportunidade de avançar na integração dos cuidados na Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, busca o desenvolvimento de novas competências profissionais e contribui para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Mental no estado, ampliando as interfaces multiprofissionais e comunitárias, para intervenção na APS¹⁰.

Para uma aprendizagem significativa é necessário o uso de metodologia e método que conduzam a construção do conhecimento visando impactar mudanças na realidade. A contextualização e a construção de significados durante o processo de aprendizagem correlacionando teoria e prática visam refletir e teorizar sobre uma realidade concreta, de modo que os conteúdos só têm significado quando emergem da prática, e a partir daí passam a ser explorados com consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações complexas e reais, construídas socialmente¹¹.

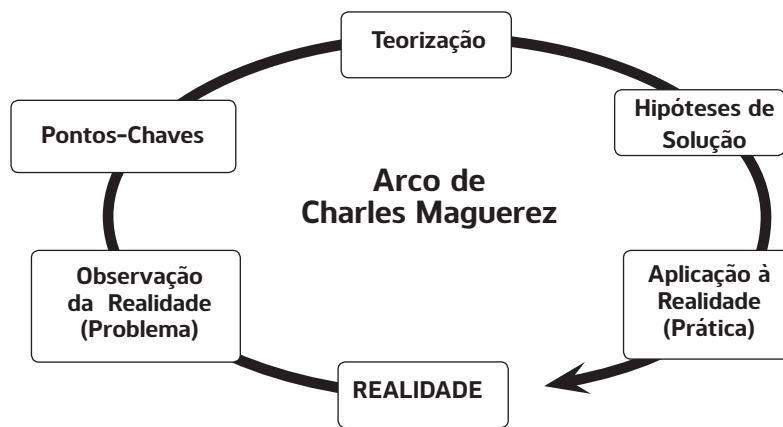
A metodologia ativa tem como operacionalização dois modos fundamentais: a Aprendizagem Baseada em Problemas e a Problemática^{9,11,12}. Enquanto a primeira utiliza problemas elencados pelo professor para

aprendizado por meio da busca das soluções em conceitos teóricos aplicáveis às questões elencadas, a segunda utiliza situações nas quais os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. Dessa forma, a problematização é um método condizente com as demandas da educação permanente no trabalho e com a aprendizagem significativa.

Um exemplo de método que executa a Problematização é o Arco de Charles Maguerez

(Figura 1), apresentado por Bordenave e Pereira (1982)¹³, o qual orienta a prática pedagógica para desenvolver a autonomia intelectual, o pensamento crítico e criativo. A proposta maior da problematização é preparar o aprendiz para uma tomada de consciência do mundo, de modo a atuar ativa e intencionalmente para modificá-lo. O Arco de Maguerez tem cinco etapas nas quais se desenvolvem o ensino-aprendizado a partir da realidade social^{12,13}.

Figura 1. Etapas do Arco de Charles Maguerez para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem a partir da realidade social.



Fonte: adaptado de Bordenave e Pereira (1982)

A primeira etapa é observação da realidade, na qual os sujeitos (estudantes) participam ativamente olhando atentamente para sua realidade, efetuando assim uma primeira leitura na qual o tema a ser trabalhado está inserido ou acontecendo na vida real. Esse olhar permite identificar aspectos que demandam mudanças e que para tanto necessitam ser trabalhados e estudados. A partir dessa observação da realidade, a segunda etapa é de identificação de pontos-chave para analisar o que realmente

é importante e as variáveis determinantes da situação. É o momento de síntese após a etapa da escolha do que será estudado sobre o problema, os aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos, para buscar uma resposta ao problema.^{12,13}

A terceira etapa é a teorização, na qual os sujeitos percebem o problema e indagam as origens dos pontos-chave observados nas fases anteriores. "Uma teorização bem desenvolvida leva o sujeito a compreender o problema, não

somente em suas manifestações baseadas nas experiências ou situações, mas também os princípios teóricos que os explicam." Segundo os autores^{12,13}, na teorização os estudos sobre o assunto produzem operações mentais analíticas que favorecem o crescimento intelectual dos alunos.

A quarta etapa é a identificação de hipóteses de solução, a qual a partir do confronto entre teoria e realidade elabora-se alternativas que sejam críticas, criativas e viáveis para solucionar os problemas identificados. Estas hipóteses conduzem a quinta etapa, a qual é a aplicação à realidade, em que os sujeitos constroem novos conhecimentos para transformar a realidade observada^{12,13}.

Dessa forma, a proposta metodológica desse projeto é trabalhar a temática das intervenções de redução de danos com os ACS

junto à população usuária de álcool e outras drogas, partindo do contexto no qual atuam, problematizando questões e aprofundando os conceitos da temática. Para que se apropriem significativamente do conhecimento trabalhado, se propõe o uso do Arco de Magueréz^{12,13}, elencando os objetivos específicos conforme as etapas da capacitação.

A proposta para a implementação é apresentada por meio de matrizes de intervenção, as quais visam auxiliar na estruturação, organização e implantação das ações. Estas matrizes são apresentadas em forma de quadros, sendo que cada quadro referencia um objetivo específico do projeto. Dessa forma, cada matriz descreve de forma detalhada o objetivo, as ações, os atores, as metas, o cronograma de atividades, os recursos e orçamento necessários, a viabilidade da ação, os resultados esperados, o monitoramento e a avaliação desta proposta.

Quadro 1. Matriz de Intervenção I - Contextualização e sensibilização dos ACS sobre a temática.

OBJETIVO ESPECÍFICO I: Contextualizar e sensibilizar os ACS sobre a temática.	
Ação	Realizar rodas de conversas e aplicação do questionário para identificar conhecimentos prévios, experiências e demandas referentes à atuação junto à população usuária de álcool e outras drogas e suas famílias.
Atores	ACS da ESF Santa Clara IV e equipe de matriciamento do CAPS-AD.
Meta	100% dos ACS do território devem preencher o questionário e serem sensibilizados de modo a contextualizar a realidade local e identificar demandas e casos relacionados à população usuária de álcool e outras drogas e suas famílias.
Ação proposta	1) Aplicação de questionário, o qual contribuirá para avaliação dos conhecimentos prévios dos ACS. 2) Em roda de conversa: Discussão do conhecimento e conceitos dos ACS sobre saúde mental, drogas e redução de danos; Relatos de experiências dos ACS em intervenções junto à população usuária de álcool e outras drogas e suas

Continua

Cronograma	Primeiro encontro, com duração de 3 (três) horas.
Recursos e orçamento	1) Recursos humanos: profissionais do CAPS-AD. 2) Recursos físicos: sala de reuniões da ESF Santa Clara IV. 3) Material de consumo: papel e caneta, flip chart e canetão.
Viabilidade	Necessidade de adesão dos profissionais do CAPS-AD e ACS, disponibilização de ambos para ações durante horário de trabalho, necessitando de reorganização das agendas para as ações.
Resultados esperados	Equipes sensibilizadas e motivadas para discutir a temática e realizar ações locais, e identificação dos conhecimentos prévios dos ACS sobre a temática.
Monitoramento/ avaliação	Preenchimento adequado de todos os campos por todos os participantes elencando informações pertinentes à temática, e participação ativa de todos os membros da equipe nas discussões.

Fonte: autores, 2018.

Quadro 2. Matriz de Intervenção II - Pontos-chave que possibilitem identificar aspectos que precisam ser melhor conhecidos sobre a temática.

OBJETIVO ESPECÍFICO II: Elencar pontos-chave que possibilitem identificar aspectos que precisam ser melhor conhecidos sobre a temática.	
Ação	Discutir quais são os pontos-chave evidenciados sobre a temática.
Atores	ACS da ESF Santa Clara IV e equipe de matriciamento do CAPS-AD.
Meta	100% dos ACS devem contribuir com a ação elencando pontos-chave.
Ação proposta	Iniciar atividade com a discussão em roda de conversa, visando que os ACS indiquem os pontos-chave da temática, obtidos por meio da discussão dos conceitos, experiências e expectativas, de forma a indicar limitadores e potencialidades quanto à atuação junto à população usuária de álcool e outras drogas e suas famílias. A equipe de matriciamento deve anotar os pontos-chaves identificados em flip-chart para facilitar a visualização, fixação e revisão quando necessário.
Cronograma	Realizar ação no primeiro encontro da capacitação.
Recursos e orçamento	1) Recursos humanos: profissionais do CAPS-AD. 2) Recursos físicos: sala de reuniões da ESF Santa Clara IV. 3) Material de consumo: flip-chart e canetão.

Continua

Viabilidade	Disponibilidade dos materiais de consumo e adesão dos profissionais envolvidos.
Resultados esperados	Reconhecimento da equipe e dos ACS do contexto local, identificando dificuldades, pré-conceitos, demandas e interesse.
Monitoramento/avaliação	Durante a ação será observada a interação e interesse das equipes devendo obter pontos-chave condizentes com a temática.

Fonte: autores, 2018.

Quadro 3. Matriz de Intervenção III - (Re)construção dos conceitos teóricos sobre saúde mental, drogas e redução de danos dos ACS correlacionando conhecimentos prévios com conhecimentos técnicos.

OBJETIVO ESPECÍFICO III: (Re)construir os conceitos teóricos sobre saúde mental, drogas e redução de danos dos ACS correlacionando conhecimentos prévios com conhecimentos técnicos.	
Ação	Correlacionar os conhecimentos prévios elencados pelos ACS com os conceitos teóricos e técnicos sobre saúde mental, drogas e redução de danos e discutir casos.
Atores	ACS da ESF Santa Clara IV e equipe de matriciamento do CAPS-AD.
Meta	100% dos ACS devem correlacionar os conhecimentos debatidos com casos reais acompanhados no território ou que compõe suas experiências sobre o tema.
Ação proposta	1) Por meio de apresentação de multimídia correlacionar os conceitos prévios apresentados no primeiro encontro com conceitos teóricos e técnicos se utilizando da literatura e legislação vigente sobre a temática para validar, explicar ou debater aspectos importantes. 2) Em roda de conversa realizar discussão de casos relacionando à população usuária de álcool e outras drogas e suas famílias, correlacionado com casos já acompanhados pelos ACS no território.
Cronograma	Segundo encontro, com duração de 3 (três) horas).
Recursos e orçamento	1) Recursos humanos: profissionais do CAPS-AD. 2) Recursos físicos: sala de reuniões da ESF Santa Clara IV, projetor de multimídia. 3) Material de consumo: papel e caneta, casos e textos impressos.

Continua

Viabilidade	Disponibilidade dos materiais de consumo e adesão dos profissionais envolvidos.
Resultados esperados	Os ACS devem assimilar de forma significativa o conhecimento técnico ao associá-lo aos conceitos prévios e pontos-chaves elencados no encontro anterior, correlacionando com experiências e/ou casos que acompanhem no território.
Monitoramento/ avaliação	Durante toda a atividade será observado o interesse, interação e reflexão sobre a temática.

Fonte: autores, 2018.

Quadro 4. Matriz de Intervenção IV – Propostas de soluções dos problemas e demandas tendo como suporte os conhecimentos técnicos.

OBJETIVO ESPECÍFICO IV: Elencar propostas de soluções dos problemas e demandas tendo como suporte os conhecimentos técnicos.	
Ação	Discutir possibilidades de aplicação dos conceitos, principalmente as estratégias de Redução de Danos, pelos ACS em intervenções junto à população usuária de álcool e outras drogas e suas famílias em seus territórios.
Atores	ACS da ESF Santa Clara IV e equipe de matriciamento do CAPS-AD.
Meta	100% dos ACS devem colaborar com a construção de um planejamento de ações de redução de danos junto à população local.
Ação proposta	<p>1) Os participantes serão divididos em dois grupos conforme suas respectivas equipes da ESF para discussão e cada grupo registrará em uma folha de papel as ações de Redução de Danos a serem realizadas em seu território.</p> <p>2) As ações propostas serão apresentadas por ambos os grupos de modo a conciliar em ações comuns e ações específicas de cada território.</p> <p>3) O conjunto de ações resultantes serão registradas em flip-chart para posterior transcrição pela equipe de matriciamento em documento impresso, o qual será apresentado às equipes de ESF.</p>
Cronograma	Terceiro encontro, com duração de 3 (três) horas.
Recursos e orçamento	<p>1) Recursos humanos: profissionais do CAPS-AD.</p> <p>2) Recursos físicos: sala de reuniões da ESF Santa Clara IV.</p> <p>3) Material de consumo: papel impresso para descrição das ações que irão compor o projeto e caneta, flip-chart e canetão.</p>

Continua

Viabilidade	Disponibilidade dos materiais de consumo e adesão dos profissionais envolvidos.
Resultados esperados	Construção de projeto de ação condizente com a realidade local e com os conhecimentos trabalhados de modo a favorecer a concretização das ações.
Monitoramento/ avaliação	Identificação de propostas de ação do projeto viáveis com a execução no território.

Fonte: autores, 2018.

Quadro 5. Matriz de Intervenção V – Ações nos territórios conforme propostas elencadas no projeto para intervenção na realidade executando estratégias de Redução de Danos.

OBJETIVO ESPECÍFICO V: Acompanhar os ACS em ações em seus territórios conforme propostas elencadas no projeto para intervenção na realidade executando estratégias de RD.	
Ação	Realizar uma prática para intervenção na realidade dos territórios.
Atores	ACS da ESF Santa Clara IV e equipe de matriciamento do CAPS-AD.
Meta	100% dos ACS devem realizar uma visita domiciliar a paciente usuário de álcool e outras drogas e/ou suas famílias em ação conjunta com a equipe de matriciamento do CAPS-AD, de modo a receber suporte da equipe técnica conforme necessário.
Ação proposta	Agendar as visitas domiciliares em duplas ou trios de ACS conforme os territórios das respectivas equipes, com a presença de um profissional da equipe do CAPS-AD que está participando da capacitação. Todas as visitas devem ocorrer em uma semana específica, em horário de trabalho e ser realizada em 3 etapas: discussão do caso, visita e reflexão da vivência.
Cronograma	Quarto encontro, com duração de 1 (uma) hora cada ação (visita).
Recursos e orçamento	1) Recursos humanos: profissionais do CAPS-AD. 2) Recursos físicos: sala de reuniões da ESF Santa Clara IV para organização pré e pós-visita domiciliar. 3) Material de consumo: não se aplica.
Viabilidade	Necessidade de adesão dos profissionais do CAPS-AD e ACS, disponibilização de ambos para ações durante horário de trabalho, necessitando de reorganização das agendas para as ações.
Resultados esperados	Favorecer a realização de intervenções posteriores à capacitação tendo como ponto inicial uma ação conjunta para aplicação dos conhecimentos trabalhadores e na qual o protagonista de direcionamento do cuidado seja o ACS.
Monitoramento/ avaliação	Efetivação de todas as visitas domiciliares com a participação da equipe do CAPS-AD e condução do caso pelo ACS.

Fonte: autores, 2018.

Quadro 6. Matriz de Intervenção VI - Avaliação de mudanças conceituais e operativas após capacitação e avaliação do processo ensino-aprendizado.

OBJETIVO ESPECÍFICO VI: Avaliar mudanças conceituais e operativas após o processo de capacitação, como também avaliar o processo ensino-aprendizado por meio de discussão e questionário.	
Ação	Discussão sobre as experiências vivenciadas no processo de capacitação e preenchimento de questionário de avaliação.
Atores	ACS da ESF Santa Clara IV e equipe de matriciamento do CAPS-AD.
Meta	100% dos ACS devem preencher o questionário e reconhecer nas discussões se ocorreram mudanças conceituais após a capacitação e avaliar o processo ensino-aprendizagem.
Ação proposta	<p>1) Realizar roda de conversa para discussão das experiências vivenciadas nas visitas domiciliares e do processo de capacitação.</p> <p>2) Apresentar o Planejamento de Ações elaborado na etapa anterior, em formato impresso, o qual será apresentado pelos ACS às suas respectivas equipes de ESF.</p> <p>2) Preencher questionário de avaliação o qual retornará as questões do primeiro questionário, acrescido de perguntas que indicam como eles avaliam o processo de capacitação.</p>
Cronograma	Quinto (último) encontro, duração de 3 (três) horas.
Recursos e orçamento	<p>1) Recursos humanos: profissionais do CAPS-AD.</p> <p>2) Recursos físicos: sala de reuniões da ESF Santa Clara IV.</p> <p>3) Material de consumo: papel impresso do planejamento de ações e do questionário e caneta.</p>
Viabilidade	Disponibilização dos materiais de consumo e adesão dos profissionais envolvidos.
Resultados esperados	Identificar mudanças positivas conceituais; promover a motivação para aplicação concreta do conhecimento trabalhado; e identificação de necessidades de mudança na metodologia da capacitação.
Monitoramento/ avaliação	Preenchimento adequado de todos os campos por todos os participantes elencando informações pertinentes à temática. Elaboração de relatório final da capacitação pela equipe de matriciamento do CAPS-AD, com o planejamento de ações de redução de danos local anexado para monitoramento e reavaliação contínua da equipe.

Fonte: autores, 2018.

Para aplicação desse projeto com os ACS das equipes de ESF do Santa Clara IV, os cinco encontros propostos serão realizados quinzenalmente. Quanto aos instrumentos utilizados, o questionário aplicado na Matriz de Intervenção II é semi-estruturado e aborda a experiência do ACS com pacientes usuários de drogas e suas famílias, seus conhecimentos sobre drogas, redução de danos e saúde mental, serviços da rede, se recebeu treinamentos prévios e expectativas para esta capacitação. O questionário aplicado na Matriz de Intervenção VI é semelhante ao primeiro instrumento aplicado, distinguindo pela substituição da pergunta sobre expectativas pela avaliação da participação nas ações e da percepção da aplicabilidade teórico-prática da capacitação.

A avaliação das contribuições dessa metodologia quanto aos impactos na realidade local é de fundamental importância, visando tornar este projeto precursor de novos arranjos nas práticas de Educação Permanente no município. A participação em cursos, seminários e outras capacitações teóricas são comumente propostas aos trabalhadores da saúde, entre eles o ACS. A explanação e discussão de abordagens em saúde mental, como no caso de pacientes usuários de drogas e suas famílias, quando apenas em âmbito teórico se mostra importante, mas deficitária se sua aplicação prática não for exercitada pelo trabalhador.

Nesse contexto, a capacitação do ACS, visando teoria e prática no local de trabalho pode favorecer a atuação desses trabalhadores com esse público e melhorar o vínculo com a rede de serviços, e beneficiar planos de cuidados mais respeitosos e eficientes. Tratando-se, portanto, de planos de cuidados singulares, Silva, Zambenetetti e Piccinini (2012)¹⁴ indicam que o SUS, como uma política pública universal, necessita direcionar cuidados diferenciados

de acordo com as demandas da população. Desse modo, por meio da RD são possíveis os cuidados para os que usam drogas e não querem mais usar; para os que usam drogas e querem continuar usando; para os que não usam drogas, mas estão pensando em usar; para os que não usam drogas e nem pensam em usá-las.

Após a aplicação e avaliação dos resultados obtidos neste recorte do município, pretende-se aplicar o projeto nas unidades de saúde tradicionais, que atuam com ACS em suas equipes, e nas demais unidades vinculadas à ESF. Dessa forma, pretende-se atingir amplamente e positivamente todo o território do município. Outra possibilidade de expansão desse projeto encontra-se relacionada à aplicação para todos os profissionais que atuam na APS e outros setores, contribuindo com a proposta de apoio matricial e com ações ampliadas para a intersetorialidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa capacitação visa colaborar com os ACS para atuarem junto ao paciente e famílias com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, propondo por meio de uma capacitação com metodologias ativas viabilizar a prática dos conhecimentos trabalhados. Para tanto, a partir da temática, a problematização se inicia com a contextualização da realidade até retornar em ações na realidade.

Esse projeto aplicativo favorecerá também toda a Rede de Atenção Psicossocial. De forma mais ampla, promoverá a qualidade de vida da população atendida, interligando ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde com as ações de Redução de Danos, minimizando os prejuízos provocados pelo consumo de álcool

e outras drogas, nos indivíduos, nas famílias e na comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde: 2015. [citado 2019 Mar 31]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de----lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>
2. Município de Toledo. Estado do Paraná. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal de Saúde: 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde: 2017. [citado 2019 Mar 31]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Gomes TB, Vecchia MD. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(7):2327-2338.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica, n.34. Brasília: Ministério da Saúde: 2013. [citado 2019 Mar 31]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.
6. Melo BCA, Assunção JIV, Vecchia MD. Percepções do Cuidado aos Usuários de Drogas por Agentes Comunitários de Saúde. *Psicol. Pesq*. 2016; 10(2):57-66.
7. Município do Rio de Janeiro. Diminuir para somar: cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro. Viva Comunidade: 2011. [citado 2019 Mar 31]. Disponível em: http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf
8. Cordeiro L, Soares CB, Oliveira E, Oliveira LC, Coelho HV. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. *Saúde soc*. 2014; 23(3):897-907.
9. Caldarelli PG. A importância da utilização de práticas de metodologias ativas de aprendizagem na formação superior de profissionais da saúde. *Revista Sustinere*. 2017; 5(1):175-178.
10. Rodacoski GC, Teixeira RC. Material de apoio ao Curso de Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. *Revista Espaço para Saúde*. 2015; 16(supl. 1):1-48.
11. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(2):236-240.
12. Prado ML, Velho MB, Espindola DS, Sobrinho SH, Backes VMS. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc. Anna Nery*. 2012; 16(1):172-177.
13. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 4.ed. Petrópolis. Vozes: 1982.
14. Silva RAN, Zambenedetti G, Piccinini CA. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado com pessoas que usam drogas: um diálogo com a PNH. *Rev. Polis e Psique*. 2012; 2(temático):59-72.

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA ACOLHIMENTO DE PACIENTES EM SOFRIMENTO MENTAL NO MUNICÍPIO DE NOVA ESPERANÇA

Intervention Project to train Primary Health Care teams at embracement of mental illness patients in the municipality of Nova Esperança

Anelise Ardengue Dias¹, Clodoaldo Penha Antoniassi²

1. Especialista em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Paraná. <https://orcid.org/0000-0002-9220-5518>
2. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá – UEM. <https://orcid.org/0000-0001-9974-6088>

CONTATO: Clodoaldo Penha Antoniassi | Rua Nivaldo Luiz Forastieri, 28 | Itambé | PR | CEP: 87175-000 | Cel: (44) 988054007 | E-mail: cpaodonto@gmail.com

COMO CITAR Dias AA, Antoniassi CP. Projeto de Intervenção para capacitação das equipes da Atenção Primária à Saúde para acolhimento de pacientes em sofrimento mental no município de Nova Esperança. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Suppl 2): 113-124



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO A Atenção Primária à Saúde tem por objetivo realizar o atendimento inicial dos usuários no SUS, e a equipe encontra-se inserida no território, de forma que o vínculo entre a equipe e a população torna-se facilitado. Considerando que a porta de entrada para os diversos problemas de saúde da população é a atenção básica, e que

entre os transtornos mentais, a maior parte da população que apresenta algum tipo de sofrimento mental não apresenta transtornos severos e persistentes, é importante ressaltar que esse sofrimento será acolhido na atenção básica. Sendo assim, é importante que toda a equipe das Unidades Básicas de Saúde esteja preparada para acolher tais demandas, com condições de fazer orientações e encaminhamentos se necessário. Assim, este projeto objetiva capacitar os profissionais da atenção básica para realizar o acolhimento de pacientes em situação de sofrimento mental.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT Primary health care is aimed at performing the initial care of users at the Unified Health System (SUS), and the team is inserted in the territory, so that the link between the team and the population becomes easier. Considering that the gateway to the population's various health problems is basic care, and that among mental disorders, the majority of the population that has some type of mental problem does not present severe and persistent disorders, it is important to note that this disorder will be embraced in basic care. Therefore, it is important that all the staff of the Basic Health Units be prepared to meet these demands, with the conditions to make guidelines and referrals if necessary. Thus, this project aims to enable primary care professionals to perform the care of mental disorders patients.

KEYWORDS: Primary Health Care. Mental Health. Health Human Resource Training.

INTRODUÇÃO

A atenção básica, ou atenção primária, é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. É a partir da atenção básica que as pessoas chegam até o SUS, inclusive aquelas em sofrimento mental. Neste nível de atenção, os profissionais podem conhecer melhor a realidade das pessoas e seus vínculos com a comunidade, pois as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido. Assim, o cuidado em Saúde Mental também pode ser considerado estratégico neste

nível de atenção, devido à facilidade de acesso entre equipes e usuários¹.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica ocorreu na década de 70, com a mobilização de familiares e profissionais de saúde, que buscavam mudar a realidade dos manicômios, promovendo a desinstitucionalização de pacientes, trazendo a necessidade de reordenar o modelo de atenção à saúde mental no Brasil. São criados então os serviços substitutivos ao modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, entre outros. Além desses serviços, as Unidades Básicas de Saúde também desempenham função

essencial dentro da rede de atenção à saúde mental, visto que estão inseridas no território, próximas à população, e as equipes possuem vínculos com os usuários. Através de intervenções próprias do processo de trabalho das equipes, pode-se considerar que os profissionais de saúde têm atitudes que possibilitam oferecer suporte emocional a pacientes em situação de sofrimento, como exercer boa comunicação, ser empático, escutar o usuário, acolher suas queixas como legítimas, entre outras¹.

JUSTIFICATIVA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui-se como importante modelo de atenção, pois visa o atendimento à população em seu território, assistindo às necessidades de cada um. Também na atenção à saúde mental, a ESF tem se mostrado importante, possibilitando uma aproximação entre a família e o usuário, os profissionais da atenção básica e toda a comunidade².

Atualmente, cerca de 10 a 12% da população necessitam de cuidados em saúde mental, porém não apresentam transtornos severos e persistentes, assim como 12% da população acima de 12 anos apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O cuidado a essa população é realizado pela atenção básica, de forma que a demanda em relação à saúde mental está cada vez mais presente neste nível de atenção³.

Baseando-se nos princípios da Atenção Primária à Saúde e da ESF, pode-se considerar que este nível de atenção seria resolutivo para um grande número de problemas em saúde mental, através da realização de ações de prevenção e promoção à saúde mental. Entretanto, percebe-se, nos profissionais de saúde, um distanciamento entre o que é preconizado pelas

políticas públicas e o que acontece na prática. Os profissionais encontram-se “despreparados para entender o universo da Saúde Mental”⁴, o que gera posturas inadequadas, como ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ações discriminatórias, moralistas e repressivas; infantilização, medicalização do sofrimento psíquico, entre outras.

Torna-se necessário, então, desconstruir estigmas relacionados à saúde mental, como as ideias de segregação e exclusão do paciente, e o pensamento de que o transtorno mental é uma situação imutável, que a pessoa com transtorno é incapaz de se emancipar e gerenciar sua própria vida. Considerando o atual modelo de atenção à saúde mental, essa visão do paciente dificulta o processo de transformação da assistência, pois as potencialidades do portador de transtorno mental não são valorizadas, e qualquer possibilidade de reabilitação não é levada em consideração².

Com o aumento da demanda de atenção à saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, percebe-se entre os profissionais uma dificuldade em realizar acolhimento aos usuários com queixas de saúde mental, o que resulta em diversos encaminhamentos destes pacientes para serviços especializados, como única alternativa para solucionar tal dificuldade³.

Sendo assim, é importante que exista formação técnica continuada, a partir da vivência nos serviços, o que possibilitaria a redução do sofrimento causado pelo despreparo para lidar com essas questões e, conseqüentemente, ocasionaria melhoria no atendimento aos usuários e seus familiares⁴.

Dessa forma, tal projeto justifica-se como possibilidade de auxiliar as equipes da atenção primária do município de Nova Esperança a lidar com as questões de saúde mental,

sentindo-se parte da rede e tendo condições de realizar acolhimento e orientações aos pacientes que apresentam tais necessidades, e encaminhamentos quando for necessário.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O município de Nova Esperança localiza-se na região noroeste do Estado do Paraná, em um território de aproximadamente 402 km². No último censo, realizado em 2010, a população era de 26.615 habitantes, sendo 48,9% homens e 51,1% mulheres. A maior parte da população (24.323 pessoas) vive em áreas urbanas⁵.

A porta de entrada para a Rede de Saúde Mental ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde o paciente, por meio de encaminhamento ou por demanda espontânea, é atendido por uma Psicóloga, para a realização da Estratificação de Risco em Saúde Mental, instrumento que possibilita identificar a gravidade de cada caso, para direcionar ao cuidado mais adequado. A partir da estratificação, é possível distribuir a demanda de saúde mental nos diferentes níveis de assistência, sendo eles: Estratificação de Baixo Risco (acompanhamento na UBS, em atendimentos breves ou grupos); Estratificação de Médio Risco (encaminhamento para atendimento psicológico individual e consulta com psiquiatra); Estratificação de Alto Risco (encaminhamento para atendimento no CAPS, de acordo com a necessidade)⁶. Pacientes dependentes de álcool e drogas são acompanhados pelo CAPS, independentemente do resultado da estratificação de risco.

Dessa forma, o atendimento inicial de pacientes de saúde mental, assim como a manutenção daqueles que já receberam acompanhamento especializado, são realizados

pelos UBS, que contam com um profissional da Psicologia em um dia da semana. Entretanto, percebe-se entre os profissionais das unidades uma certa insegurança para lidar com esses pacientes, o que acaba gerando diversos encaminhamentos para a psicologia, sendo que, em alguns casos, qualquer trabalhador da equipe poderia realizar acolhimento desses pacientes.

Entre janeiro e novembro de 2017, no município de Nova Esperança, foram realizadas 424 Estratificações de Risco pelas psicólogas das UBS, sendo 260 adultos e 164 crianças e adolescentes. Deste total, 64,86% delas foram classificadas como baixo risco; 32,55%, como médio risco; e 2,59% como alto risco.

Com base nos dados apresentados, foi possível perceber que, entre as demandas de saúde mental que chegam através das UBS, a maior parte dos atendimentos permanecem na própria unidade, enquanto uma minoria é encaminhada para outros serviços. Além disso, é possível perceber a dificuldade entre os profissionais da Atenção Básica para a realização de acolhimento dos pacientes com algum tipo de sofrimento mental, visto que a atenção primária constitui-se como sendo a porta de entrada. Sendo assim, com este projeto, objetiva-se realizar uma intervenção com as equipes das unidades, a fim de auxiliá-las a lidar com as demandas de saúde mental, com condições de acolher e orientar os pacientes que apresentam tais demandas.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo consiste em capacitar as equipes da Atenção Primária à Saúde para realizar o acolhimento dos pacientes com algum tipo de sofrimento mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover informações sobre saúde e transtornos mentais, aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde;
- Informar para as equipes da Atenção Primária à Saúde sobre o funcionamento da Rede de Saúde Mental no município;
- Sensibilizar os profissionais das UBS sobre a importância de realizar o acolhimento dos pacientes com demandas de saúde mental;
- Capacitar os profissionais das UBS para o acolhimento e atendimento aos pacientes com demandas de saúde mental, e realização dos devidos encaminhamentos, se necessário.

REVISÃO DE LITERATURA

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira teve início na década de 70, quando começaram a surgir as denúncias de fraude e corrupção, e do abandono, violência e maus-tratos a que os pacientes internados nos hospícios eram submetidos⁷. Neste cenário, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, e com reivindicações como aumento salarial, redução do excessivo número de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso de eletrochoque, melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços⁸.

A partir dessas denúncias, e inspirado na Psiquiatria Democrática Italiana, liderada por Franco Basaglia, que promovia a desinstitucionalização através de estruturas

de saúde mental que pudessem substituir a internação em hospícios, surge no Brasil o movimento de reforma psiquiátrica, almejando a substituição do modelo asilar pelo modelo psicossocial, que preconiza a utilização de dispositivos de reintegração sociocultural. Tal modelo considera o usuário como principal participante de seu tratamento, juntamente com a família e a comunidade⁷.

Em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que apresenta novas propostas de cuidado. Em 1989, na cidade de Santos (SP), se desenvolve uma experiência que se aproxima dos pressupostos de Basaglia: é implantada uma rede pública de atenção territorial, com estrutura complexa, com capacidade para atender às demandas psiquiátricas, funcionando de forma substitutiva ao hospital psiquiátrico. Naquele mesmo ano, o Deputado Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei nº 3.657/89, no qual propõe a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros modelos assistenciais¹⁰.

Apesar da lei ter sido aprovada apenas no ano de 2001, o envio do projeto possibilitou que as discussões sobre o tema no país inteiro fossem intensificadas, e estimulou a criação de leis estaduais, em sete estados e no Distrito Federal, que regulamentaram a assistência não asilar. Também a partir do projeto, o Ministério da Saúde editou 11 portarias que, em conjunto, possibilitaram o controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento e incentivo para criação de novos serviços de assistência em todo o país⁷.

No ano de 2001, é promulgada a Lei nº 10.216, com base no projeto de lei nº 3.657/89, que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona o modelo de assistência em saúde mental e dispõe sobre os

direitos dos portadores de transtorno mental. Também em 2001 é realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório final apresenta propostas que visam à mudança do modelo assistencial e expansão da rede de serviços alternativos¹⁰.

Dessa forma, atualmente a reforma psiquiátrica está inserida nas políticas de saúde, em nível federal, estadual e municipal, e não se restringe à substituição do hospital psiquiátrico, mas objetiva a desinstitucionalização; ou seja, o desafio é que ocorra um real deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado na comunidade¹¹.

PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

O termo Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), refere-se à atenção ambulatorial não especializada, realizada em unidades de saúde de um determinado sistema, oferecendo atividades clínicas de baixa complexidade. A APS proporciona o primeiro contato da população com o sistema de saúde, oferecendo solução para grande parte dos problemas apresentados; além de acompanhamento daquelas situações que precisam de atendimento mais especializado¹².

Em 2012, com o intuito de regulamentar as ações de atenção primária, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, onde os termos "atenção primária à saúde" e "atenção básica" passam a ser considerados equivalentes. De acordo com esta Política, a atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange: promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O

objetivo da atenção básica é o desenvolvimento de atenção integral, de forma que possa impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A principal estratégia para consolidação e expansão da Atenção Básica está na Saúde da Família, que passa a ser o principal instrumento para organização da Atenção Básica¹³.

A Estratégia Saúde da Família deve atuar como porta de entrada prioritária do SUS, objetivando a resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes por meio da atenção primária, o que inclui também os problemas relacionados à saúde mental, de forma que o vínculo e diálogo entre atenção básica e saúde mental tornam-se muito importantes¹⁴.

Pode-se dizer, então, que a implementação da Estratégia Saúde da Família e dos novos serviços substitutivos em saúde mental, principalmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), indica o avanço da política de saúde mental do SUS, a partir da vinculação entre as equipes nos diversos níveis de atenção e do aumento da resolubilidade que os serviços substitutivos propiciam, com consequente resolução dos problemas de saúde da população¹⁵.

Devido à proximidade com a comunidade, comumente as equipes da atenção básica se deparam com problemas de saúde mental e situações de risco que comprometem os vínculos familiares, como alcoolismo e outras dependências, psicoses, prostituição infantil, exclusão social, violência, suicídios e suas tentativas, abuso de benzodiazepínicos, transtornos de humor e retardo mental. Por esse motivo, é preciso que a atenção básica esteja preparada para enfrentar essa realidade e as diversas formas de sofrimento psíquico¹⁴.

ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL

Acolhimento e vínculo são dispositivos muito importantes na relação entre trabalhador e usuário, pois permitem a responsabilização compartilhada entre os sujeitos envolvidos, e conseqüente construção de autonomia. O acolhimento está relacionado com um atendimento de qualidade, pautado no respeito, diálogo e escuta qualificada, que possibilitam o estabelecimento de uma relação de confiança entre trabalhadores de saúde e usuários e seus familiares. O acolhimento proporciona a construção de uma nova prática em saúde, através de ações como receber e ouvir a população que procura o serviço, oferecendo respostas adequadas às demandas desde a recepção e atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento, retorno, remarcação e alta; ou seja, o acolhimento perpassa todo o

processo de cuidado¹⁴.

O vínculo é considerado como algo que liga as pessoas, indica interdependência. Refere-se ao compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa. O vínculo é a construção de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, e significa receber bem os usuários e buscar resolutividade para seus problemas¹⁶.

Em relação ao atendimento à saúde mental na atenção básica, o acolhimento e o vínculo são dispositivos que possibilitam o cuidado integral, através do diálogo e construção de laços afetivos, de confiança e respeito entre os trabalhadores e os usuários. Dessa forma, tais dispositivos facilitam a resolubilidade dos problemas de saúde e propiciam a corresponsabilização entre a equipe e a população, possibilitando a melhoria na qualidade de vida da pessoa em sofrimento mental¹⁶.

OBJ. ESPECÍFICO 01: PROMOVER INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E TRANSTORNOS MENTAIS AOS TRABALHADORES DA UBS

Proposta de Intervenção	Apresentação do projeto de intervenção; Apresentação de informações detalhadas sobre o conceito de saúde e os transtornos mentais mais comuns.				
Duração total das ações	2 horas	Frequência	1h/semana	Prazo execução	15 dias
Técnica	Roda de conversa				
Detalhamento das ações	1. Apresentação do projeto de intervenção • Reunião para apresentação do projeto e seus objetivos, esclarecimento de dúvidas, realização de adequações que se fizerem necessárias; • Apresentação do cronograma previsto.				

Continua

Detalhamento das ações	<p>2. Apresentação de informações detalhadas sobre o conceito de saúde e os transtornos mentais mais comuns</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar troca de informações entre os participantes sobre o que cada um entende por saúde e transtornos mentais; • Oferecer informações detalhadas, em linguagem acessível, sobre o que se considera como saúde, e quais são os transtornos mentais mais comuns na sociedade; • Esclarecer sobre situações cotidianas, que podem desencadear sofrimento, mas que não se caracterizam como transtorno mental; • Esclarecer dúvidas; desmistificar preconceitos.
-------------------------------	--

OBJ. ESPECÍFICO 02: INFORMAR PARA AS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE O FUNCIONAMENTO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO					
Proposta de Intervenção	Apresentação da Rede de Saúde Mental do município e do fluxo de atenção à Saúde Mental no município.				
Duração total das ações	4 horas	Frequência	1h/semana	Prazo execução	30 dias
Técnica	Roda de conversa				
Detalhamento das ações	<p>1. Apresentação da Rede de Saúde Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever todos os pontos da rede de atenção à saúde mental existentes no município e região (para casos que não são atendidos no município); • Troca de experiências sobre o contato com a rede. <p>2. Apresentação do fluxo de saúde mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever os atendimentos em saúde mental pelos quais o paciente pode passar, de acordo com a necessidade; • Explicar sobre a Estratificação de Risco em Saúde Mental como instrumento facilitador na hora de optar pela melhor forma de atendimento ao paciente; • Explicar sobre a importância da atenção básica permanecer como referência para o paciente, mesmo quando ele está sendo acompanhado em outros pontos da rede; • Troca de experiências sobre o tema; • Esclarecimento de dúvidas. 				

OBJ. ESPECÍFICO 03: SENSIBILIZAR OS PROFISSIONAIS DA UBS SOBRE A IMPORTÂNCIA
DE REALIZAR O ACOLHIMENTO DOS PACIENTES COM DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL

Proposta de Intervenção	Apresentação da Rede de Saúde Mental do município e do fluxo de atenção à Saúde Mental no município.				
Duração total das ações	2 horas	Frequência	1h/semana	Prazo execução	15 dias
Técnica	Roda de conversa				
Detalhamento das ações	<p>1. Sensibilização para o acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conversa sobre as dificuldades no acolhimento às demandas de saúde mental; • Esclarecimento de dúvidas a respeito do manejo de pacientes com alguma queixa de saúde mental. 				

OBJ. ESPECÍFICO 04: CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DAS UBS PARA O ACOLHIMENTO
E ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL, E REALIZAÇÃO DOS
DEVIDOS ENCAMINHAMENTOS, SE NECESSÁRIO.

Proposta de Intervenção	Apresentação da Rede de Saúde Mental do município e do fluxo de atenção à Saúde Mental no município.				
Duração total das ações	8 horas	Frequência	1h/semana	Prazo execução	60 dias
Técnica	Roda de conversa / Discussão				
Detalhamento das ações	<p>1. Entendendo o acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre o significado de acolhimento em saúde mental na atenção básica; • Conversa sobre a importância de realizar uma escuta atenta quando o usuário fala sobre seus sentimentos; • Orientações sobre as diferentes formas de acolher as demandas que surgem, e a possibilidade de encaminhamento para atendimento especializado quando houver necessidade; • Esclarecimento de dúvidas. 				

METODOLOGIA

As ações a serem realizadas envolverão todos os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, sempre levando em consideração as possibilidades de participação de cada um, de forma a não prejudicar o bom desempenho de suas funções. Para a realização das discussões, sugere-se a Roda de Conversa, metodologia que possibilita a troca de informações através de um espaço de diálogo entre os trabalhadores, onde eles podem escutar os outros e a si mesmos, resultando em reflexão sobre os assuntos abordados¹⁷.

Será elaborado um plano de ações para realizar a sensibilização dos diversos trabalhadores da atenção básica, para que eles possam compreender a importância do acolhimento em saúde mental; e capacitação para que todos se sintam seguros para realizar o devido acolhimento, assim como fazer orientações e os encaminhamentos necessários.

Serão necessários locais para o encontro com as equipes, e materiais para leitura/informação sobre os temas propostos. Em relação aos recursos humanos, as capacitações serão realizadas pela equipe de saúde mental do município, e oferecidas às Equipes da Estratégia de Saúde da Família em cada UBS do município.

A seguir, apresentação das propostas de ação detalhadas de acordo com cada objetivo específico.

Em todas as ações, o responsável será o psicólogo/equipe de saúde mental, e o público-alvo, todos os profissionais das UBS.

ANÁLISE DA VIABILIDADE GERAL

A realização deste projeto justifica-se com base em dados do município, onde é possível

perceber a dificuldade dos trabalhadores da atenção básica em lidar com as demandas de saúde mental com as quais se deparam em seu cotidiano. Sendo assim, considera-se viável a execução deste projeto, por atender a uma necessidade apresentada pelos trabalhadores. A realização do projeto não requer investimento financeiro alto, visto que não há necessidade de contratação de recursos humanos adicionais, e o gasto com materiais será mínimo.

Pode-se considerar que algumas situações podem tornar inviável ou dificultar a realização do projeto, como a necessidade de realizar os encontros no horário de expediente, o que impossibilitaria a participação de todos os funcionários da unidade ao mesmo tempo. Nesta situação, pode-se considerar a possibilidade de fazer um rodízio dos participantes dos encontros, a fim de que todos possam participar sem que haja prejuízo no desempenho das funções essenciais de uma Unidade Básica de Saúde. Outra situação diz respeito à aceitação por parte dos trabalhadores, da realização do projeto, tendo em vista que alguns podem considerar como um acréscimo de função em suas atividades rotineiras.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento consiste em observação das ações planejadas e coleta de informações a respeito de sua execução, a fim de identificar possíveis falhas, possibilitando a sua correção ainda durante a execução do projeto, caso seja necessário. A realização do monitoramento permite que sejam observados aspectos relevantes, como os impactos das ações, alcance das metas, recursos empregados, aspectos

facilitadores e limitadores, entre outros¹². Para monitoramento das ações propostas, pretende-se realizar, uma vez por mês, reuniões com a equipe, para verificar o andamento e alcance das metas.

A avaliação de um projeto tem por objetivo verificar se seus objetivos estão sendo alcançados, observando a efetividade do projeto no problema que ele se propõe a solucionar. Com base na avaliação do projeto, são tomadas decisões para aprimoramento das ações propostas, ou ainda para futuros projetos a serem implementados. A avaliação deve ser realizada em todas as fases do projeto, para confirmação da necessidade e importância da continuação do projeto¹².

RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização deste projeto, espera-se preparar as equipes das Unidades Básicas de Saúde para lidar com pacientes em sofrimento mental, sentindo-se capazes de acolher as demandas dessas pessoas, com uma escuta qualificada, e realizando encaminhamentos aos serviços especializados em saúde mental somente quando houver necessidade. Espera-se que os profissionais das UBS possam reconhecer que algumas situações, que trazem sofrimento, são inerentes ao ser humano, e que também são passageiras, e, portanto, não necessitam de encaminhamento a algum serviço especializado. Dessa forma, pretende-se que ao longo do tempo, haja redução da lista de espera para acompanhamento psicológico na UBS. Além disso, espera-se que as equipes também possam reconhecer quando há a necessidade de uma intervenção pelo profissional ou equipe

de saúde mental. Dessa forma, o conhecimento do funcionamento da Rede de Saúde Mental possibilita que os encaminhamentos sejam realizados adequadamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica é considerada a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, tendo como ferramenta primordial a Estratégia Saúde da Família. É na atenção básica que os profissionais podem conhecer melhor a realidade da população, por estar inserida no território. Dessa forma, pela proximidade entre a equipe de saúde e a população, a atenção básica é responsável pela ordenação do cuidado em todos os níveis de atendimento, e em todos os aspectos inerentes ao ser humano, inclusive o sofrimento mental.

Considerando-se que atualmente, cerca de 10 a 12% da população apresentam algum tipo de sofrimento mental, mas não apresentam transtornos severos e persistentes, e com base nos princípios da reforma psiquiátrica, de cuidado no território, pode-se afirmar que essa demanda é atendida pelas Unidades Básicas de Saúde, e a atenção primária pode ser resolutiva para um grande número dos problemas de saúde mental. Entretanto, percebe-se entre os profissionais da atenção básica, certa insegurança para lidar com essas demandas, o que acaba gerando diversos encaminhamentos aos serviços especializados.

Faz-se importante, portanto, que as equipes da atenção básica estejam preparadas para acolher as demandas de saúde mental que aparecem no território. Para isso, é preciso praticar o acolhimento, e ter um bom vínculo com a população. O acolhimento está

relacionado ao atendimento de qualidade, com respeito, diálogo e construção de uma relação de confiança entre os envolvidos. O vínculo refere-se ao compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa; é a construção de laços afetivos entre trabalhadores e usuários. Dessa forma, através do acolhimento e vínculo com a população, a equipe tem ferramentas para realizar o cuidado integral, inclusive às demandas de saúde mental, através de diálogo, confiança e respeito entre trabalhadores e usuários.

REFERÊNCIAS

.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

2.Pereira MAO. et al. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2007; vol. 41, n. 04, p. 567-572. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3610/361033292005/>>. Acesso em: 11 set. 2017.

3.Sucigan DHI. Toledo VP, Garcia APRF. Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na Estratégia Saúde da Família. Revista Rene, 2012; vol. 13, n. 01, p. 2-10. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/10/7>. Acesso em: 06 nov. 2017.

4.Gama CAP, Campos RO. Saúde mental na atenção básica – uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2009, out-dez, vol. 01, n. 02, p. 112-131. Disponível em: < <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1137>>. Acesso em: 04 set. 2017.

5.IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

6.PARANÁ, Governo do Estado. A estratificação de risco em saúde mental. Coordenação Estadual de Saúde Mental. 2014. Disponível em: < http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Apresentacao_Estratificacao_de_Risco_em_Saude_Mental.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

7.Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. Cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 abr. 2018.

8.Luchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. Cienc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 abr. 2018.

9.Duarte EOS et al. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental: revisão integrativa. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 191-199, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 ago. 2018.

10.Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2):456-468, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025>. Acesso em: 09 ago. 2018.

11.Aosani TR, Nunes KG. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2018.

12.LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 18.

13.BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

14.Andrade W V; Botti NCL. A saúde mental na atenção básica – articulação entre os princípios do sus e da reforma psiquiátrica. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 13, n. 3, dez. 2008. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12991>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

15.Morais APP, Tanaka OY. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. Saude soc. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 abr. 2018.

16.Jorge MSB et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Cienc. & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, Jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 abr. 2018.

17.Coelho DM. Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa. In: Encontro Nacional da ABRAPSO, 14, 2007, Rio de Janeiro, Anais eletrônicos..., Rio de Janeiro: UFRJ: 2007. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_55.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.

18.Barbosa RM. Monitoramento e Avaliação de Projetos Sociais. 2001. Disponível em: <http://www.emater.tche.br/site/arquivos_pdf/teses/mono_ricardo_barbosa.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

Diretrizes para autores

A Revista de Saúde Pública não aceitará publicações de textos já apresentados em outros veículos, tanto na íntegra quanto parcialmente.

Os textos deverão encaminhados no idioma Português (BR), através do sistema OJS (*Open Journal Systems*).

O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail devem ser informados APENAS nos metadados. Via OJS, o autor deverá enviar também **Página de título e identificação**, como documento suplementar. O conselho editorial assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto a sua participação. É de responsabilidade do autor acompanhar o processo de submissão via sistema OJS.

Não há cobrança para submissão de artigos. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito. As opiniões, conceitos e a exatidão das citações expressos nos trabalhos são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo posição do Conselho Editorial da Revista de Saúde Pública do Paraná.

Para aquelas pesquisas que envolvam seres humanos, deverão ser indicados os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução nº 466 de 12 setembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Deverá também ser indicado o número de protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), dados estes que deverão constar no último parágrafo da metodologia do trabalho. A carta de aprovação do CEP (digitalizada e em pdf) deverá ser anexada no momento da submissão no Passo "Transferência de Documentos Suplementares".

Para a avaliação dos trabalhos, os autores deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no item Declaração de Direito Autoral. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0) será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição.

Os autores deverão reconhecer e revelar possíveis conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho. Também eles deverão enviar as políticas dos financiamentos recebidos caso a pesquisa envolva ensaios clínicos.

É de responsabilidade dos autores manterem seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações, bem como comunicar à revista qualquer problema que possa ocorrer neste sentido.

TIPOS DE TRABALHOS ACEITOS

Editorial: De responsabilidade de editores, podem ser redigidos por convidados, mediante solicitação do editor-geral. Máximo de 800 palavras.

Cartas ao editor: comentários sobre material publicado. Máximo de 800 palavras.

Artigos originais: Contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa empírica inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados, e também formulações discursivas teorizantes e pesquisas de metodologia qualitativa. Devem possuir no máximo 6.000 palavras e 5 (cinco) ilustrações (tabelas e/ou figuras entre outros) e resumo informativo com até 150 palavras.

Artigos de revisão de literatura: Compõem-se de trabalhos que apresentam como método de pesquisa a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada, favorecendo o conhecimento do tema investigado. Devem possuir no máximo 5.000 palavras e 4 elementos visuais e resumo informativo com até 150 palavras.

Relatos de Experiência: Trabalhos que relatam experiências inovadoras em saúde, com potencial de extrapolação e possibilidades de aplicação em outras realidades. Essa modalidade de submissão engloba relatos de projetos aplicativos ou projetos de intervenção, devendo conter objetivos e as formas para alcançá-los. Devem ter no máximo 5.000 palavras e 4 (quatro) elementos visuais.

Resenhas de Livros: Resenhas de livros publicados sobre temas de interesse. Máximo de 1.000 palavras.

AUTORIA

Os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, o qual determina que o reconhecimento da autoria deva basear-se em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Revisão e /ou Aprovação final da versão a ser publicada;
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Considerações relativas à ordem de citação dos autores são de responsabilidade dos autores e devem ser resolvidas antes da submissão. Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pelo seu conteúdo. Os autores devem acrescentar seu código ORCID no sistema OJS. Caso os autores não tenham ainda seu ID ORCID recomendamos inscrever-se previamente em www.orcid.org.

Para submissão serão aceitos manuscritos com no máximo 5 (cinco) autores.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos enviados serão submetidos a uma primeira análise por parte do Comitê de editoração para verificação da adequação da contribuição à linha editorial e se este se adequa às instruções para os autores estabelecidas neste documento. Pode-se inclusive, nesta fase, ser requerido aos autores que se façam modificações em prazo estabelecido. A decisão da análise será comunicada aos autores.

Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada pelo sistema *peer review*, quando membros do conselho editorial ou ad-hoc e convidados pela comissão de editoração avaliam o mérito do manuscrito. Serão enviados trabalhos para dois pareceristas, e, após o recebimento das avaliações, o editor decidirá pelo prosseguimento da submissão, que pode ser: aceitação do artigo para publicação, reenvio ao

autor para reformulação ou rejeição justificada aos autores. Será estabelecido prazo para que os trabalhos que necessitem de reformulação sejam reenviados via sistema de editoração, caso contrário, a submissão será arquivada. Caso haja interesse, os autores que tiverem seus trabalhos rejeitados poderão submeter o artigo novamente em edição posterior, após realizar as reformulações requeridas, iniciando novo processo de submissão. Caso o número de trabalhos aprovados exceda o número de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados em edição posterior.

Além das normas a avaliação terá como critérios: atualidade, originalidade e relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (**revisões, comentários etc.**) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) devem ser registrados previamente, conforme exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. O registro deve ser realizado em plataforma que atenda os critérios destas duas organizações. É condição para publicação que o número do registro do ensaio clínico conste em nota de rodapé, na página de identificação do manuscrito. Mais informações podem ser acessadas em: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/clinical-trial-registration.html>.

Metadados: O autor, via sistema OJS, deve informar o título, o nome de todos o (s) autor (es), seus respectivos códigos ORCID, principal vinculação institucional de cada um deles, órgão

(s) financiador (es) e endereço para contato eletrônico para correspondência;

Página de título e identificação: O autor, no momento da submissão dos arquivos, deve enviar documento suplementar com título em português e inglês, identificação dos autores, filiação (titulação máxima, instituição, cidade, estado e país e a informação do autor designado como correspondente, com endereço físico e eletrônico.

Formatação: Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>). Devem ser encaminhados em Word, OpenOffice ou RTF, fonte Arial 12, espaçamento 1,5 (exceto resumo, ilustrações, agradecimento e referências), Recuo especial primeira linha de 1,25 cm, com todas as páginas numeradas, todas as margens configuradas em 2,5 cm cada.

Redação: Devem ser escritos de maneira objetiva, mantendo a linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o (s) autor (es) busquem assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados nos idiomas do texto), antes de submeter (em) os manuscritos para verificação de incorreções/inadequações morfológicas/sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Deve ser evitado o uso de primeira pessoa do singular "meu estudo" ou da primeira pessoa do plural "percebemos...". Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem recuo e sem numeração, com as seções mantendo o padrão gráfico em seus níveis hierárquicos.

Devem conter:

TÍTULO/SUBTÍTULO: Centralizados em caixa alta e negrito.

RESUMO: Resumo informativo, informando ao leitor finalidades, metodologia, resultados e conclusões do documento. Deve conter no máximo 150 palavras, composto de uma sequência de frases concisas, afirmativas e não de enumeração de tópicos, em parágrafo único, sem espaçamento de linhas ou recuo. A primeira

frase deve ser significativa, explicando o tema principal do documento. Deve ser utilizado verbo na voz ativa e na terceira pessoa do singular.

PALAVRAS-CHAVE: Devem figurar logo abaixo do resumo, antecedidas da expressão Palavras-chave e separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto. Utilizar de 2 a 5 descritores. Recomenda-se utilizar o índice dos Descritores em Ciências da Saúde DeCS (<http://decs.bvs.br>).

ABSTRACT/KEYWORDS: Logo abaixo, inserir o ABSTRACT/KEYWORDS do documento em inglês.

CITAÇÕES: Deve ser utilizado o sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, antes do ponto. Quando se tratar de numeração seqüencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na seqüência do texto e referência correspondente. Supressões devem ser indicadas pelo uso da reticência entre colchetes [...].

REFERÊNCIAS: A Revista adota o "Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

Na lista de referências, estas devem estar numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionados. O (s) autor (es) são referenciados pelo sobrenome, seguido do (s) nome (s) abreviados e sem o ponto. Caso o

documento possua mais que seis autores, citar os seis primeiros seguido da expressão et al. Não serão aceitas referências de fim de página ou nota de rodapé.

Outras orientações

Ilustrações: Devem ser até o máximo de 5 (cinco) por artigos originais e 4 (quatro) para revisão de literatura e relato de experiência, sendo que considera-se como ilustrações gráficos, quadros e tabelas. Devem ser apresentadas em preto e branco. Devem ser apresentadas com os seus títulos na parte superior, sem espaçamento, alinhado à esquerda e devem ser numeradas consecutivamente. A legenda deve constar na parte inferior, em fonte 11, alinhado à esquerda. Devem ser construídas para sua reprodução direta sempre que possível. No corpo das tabelas, não utilizar linhas verticais nem horizontais; os quadros devem ser fechados.

Agradecimentos: devem ser breves e objetivos, reservados às pessoas que prestaram ajuda técnica, mas que não foram caracterizados como co-autoras, ou instituições financiadoras e de apoio de outros recursos.

Conflitos de interesse: Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, sejam interesses políticos e/ou financeiros associados à patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

CARTA DE SUBMISSÃO (COVER LETTER)

Deve ser dirigida ao Editor Científico, assinada pelo autor/submetente, e deve ser anexada como documento suplementar no momento da submissão. A carta deve conter: a) título completo do manuscrito submetido; b) afirmação de que sua apresentação é exclusiva para a Revista; c) declaração de compromisso em inserir corretamente os metadados do manuscrito, com o nome e dados de todos os autores responsáveis pela submissão; d) declaração que evidencie a principal contribuição científica do manuscrito submetido e sua adequação ao escopo da Revista (porque é pertinente ao público-alvo da Revista). Além disso, se existir, manifestação de

interesse e disposição em atuar como revisor de pelo menos um manuscrito em futuras edições da Revista.

CHECK-LIST DA SUBMISSÃO

Os autores, para concretizarem sua submissão, estão obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação à política editorial e instruções para autores. O conselho editorial devolverá os artigos aos autores, sem análise do mérito, caso alguns dos itens listados a seguir não esteja dentro das normas da revista:

1. A contribuição deve ser original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista;
2. Deve conter carta de submissão (cover letter);
3. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, Open Office ou RTF.
4. O texto está de acordo com a formatação de página e estilo;
5. O texto apresenta resumo em português e inglês, com palavras-chave e *keywords*;
6. O texto está dentro das normas de estruturação na sua modalidade;
7. As tabelas e figuras estão identificadas conforme orientações e numeradas por ordem de inserção no texto;
8. As referências estão no Estilo Vancouver, numeradas por ordem de citação;
9. O autor submetente preencheu os metadados de todos os colaboradores, com nome completo, ORCID e contatos;
10. Os autores concordam com a política de direitos autorais desta revista.
11. O autor enviou, como documento suplementar, **página de título e identificação**.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTURAL

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

A) Autores mantém os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.

B) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.

C) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja O Efeito do Acesso Livre).

PROVA

O autor receberá em formato .pdf a prova final para publicação, em que apenas correções formais podem ser realizadas. O prazo para essa revisão é de 48 horas.

