

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva

Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado:
uma estratégia de aproximação entre Saúde
Mental e Atenção Básica no município de
Itapevi - SP

Claudiney Augusto Yamaguti

São Paulo - SP
2018

Claudiney Augusto Yamaguti

**Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma
estratégia de aproximação entre Saúde Mental e
Atenção Básica no município de Itapevi - SP**

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado
Profissional em Saúde
Coletiva do Instituto de
Saúde, Coordenadoria de
Recursos Humanos da
Secretaria de Estado da
Saúde de São Paulo, para
obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo
2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Claudiney Augusto Yamaguti

**Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma
estratégia de aproximação entre Saúde Mental e
Atenção Básica no município de Itapevi - SP**

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado
Profissional em Saúde
Coletiva do Instituto de
Saúde, Coordenadoria de
Recursos Humanos da
Secretaria de Estado da Saúde
de São Paulo, para obtenção
do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

Área de concentração: Gestão
e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a.
Maria de Lima Salum e Morais

São Paulo
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Yamaguti, Claudiney Augusto

Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado:
uma estratégia de aproximação entre Saúde Mental e
Atenção Básica no município de Itapevi - SP /
Claudiney Augusto Yamaguti. São Paulo, 2018.

118f. :il.

Dissertação (mestrado) - Programa de Mestrado
Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de
Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde
de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de
Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Lima Salum e
Morais

1.Atenção Básica 2.Estratégia de Saúde da
Família 3.Grupos de Reflexão 4.Saúde Mental

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho àqueles que desde a nau dos loucos¹, ao serem avistados por Sorôco², não participaram das escolhas adotadas pelos rumos do timão, destituídos do colorido da locomotiva das próprias vidas.

¹ Michel Foucault - História da Loucura

² João Guimarães Rosa - Primeiras estórias

AGRADECIMENTOS

A Deus, que esteve presente em todos os instantes da minha jornada, guiando meus passos, orientando minhas escolhas, conferindo serenidade, coragem e discernimento.

Aos meus pais minha eterna gratidão! Ao meu pai, Mituo, pelo exemplo de persistência, honestidade e humildade. Sem ele não teria superado o sono da adolescência e não teria sequer realizado o Ensino Médio, perdendo a hora. À minha mãe, Claudimeia Maria, que, sendo a primeira das 'Marias' em minha vida, me ensinou a amar e a cuidar, a respeitar as diferenças e a defender as minorias; pelos cafés despretensiosos nas horas mais difíceis desta conclusão.

Ao André, meu irmão, e à minha cunhada, Joselma, meus agradecimentos pelo apoio velado mas igualmente importante, bem como pelo exemplo de trajetória acadêmica de ambos.

À Ana Paula, minha amiga-irmã, tão presente desde a graduação aos dias não tão brancos. Àquela que soube desrespeitar o silêncio dos dias depressivos e faz clarão nas angústias da vida. Por toda ternura, meu apreço.

Ao Gilberto, que me impulsionou e desafiou a ser uma pessoa melhor, na vida pessoal e acadêmica. Por compreender minhas ausências necessárias, pela tradução em palavras daquilo que eu não estava compreendendo nas dificuldades deste processo.

À Maria Eduarda, que representou nesta caminhada a segunda das 'Marias'; que me fez sorrir o tempo todo e manteve acesa a esperança depositada nas próximas gerações. Pela doce e ingênua crítica de que eu estava sendo preguiçoso por demorar dois anos para terminar minha "lição", visto que o tempo "perdido" me afastava do mais importante da vida: o brincar.

À terceira 'Maria', minha querida orientadora profa. dra. Maria Salum. Pelo respeito às minhas ideias, pelo indubitável crescimento enquanto pesquisador e trabalhador; pela leitura criteriosa e respaldo generoso, minha eterna gratidão.

Aos queridos prof. dr. Erich Franco e profa. dra. Sônia Venâncio pela valorização do meu trabalho, pelo cuidado e carinho na seleção dos verbos da arguição e pelas preciosas contribuições, meu respeito e admiração.

Aos professores do Instituto de Saúde, pela disposição, comprometimento e generosidade na construção dialética do conhecimento, minhas condecorações; e, aos funcionários do Instituto de Saúde, em especial às queridas Tânia e Valéria, as quais não mediram esforços diante das necessidades da turma, conferindo conforto e serenidade sempre.

Aos companheiros do Mestrado, que a mim confiaram a representação da turma, com os quais pude estabelecer trocas enriquecedoras, reavivar crítica e eticamente o cerne da Saúde Coletiva e reconhecer amigos preciosos.

À Secretaria de Saúde de Itapevi, que permitiu que este trabalho se concretizasse, em especial aos colegas da Psicologia e da Unidade Básica de Saúde da Cohab, que me incentivaram desde o início e compartilham desafios no SUS.

Aos participantes da pesquisa da Unidade de Saúde da Família Parque Suburbano, agradeço pela disposição e colaboração neste trabalho, pela espontaneidade, acolhimento e carinho com os quais sempre fui recebido. Agradeço ainda aos colegas do município de Embu das Artes, que igualmente me acolheram e valorizaram meu trabalho.

Um agradecimento especial pela amizade e parceria às queridas Mariângela e Paula Ligeri, as quais ouviram com paciência a construção do projeto, opinaram sabiamente e são exemplos de profissionais da saúde.

Aos meus incontáveis amigos que souberam compreender meus momentos de ausência e aos companheiros de vôlei do Sesi de Cotia que me permitiram canalizar as angústias e agressividade de modo lícito e saudável.

Por fim, a todos aqueles que estiveram comigo ao longo do meu caminho, não apenas durante a execução desta pesquisa, mas que direta ou indiretamente fazem parte do que sou e me auxiliaram na construção do projeto inicial e articulação das ideias finais. Meus sinceros agradecimentos!

COMPENSAÇÃO

*Caminho de palavras vou abrindo,
Ao coração das coisas apontado
Mas não me pesará o desencanto
Se, no ponto em que parar o meu arado,
Rombo na pedra que a morte houver lançado,
Puder ainda, com os ecos deste canto,
Já do coração das coisas afastado,
Mover um coração, se valho tanto.*

(José Saramago)

RESUMO

YAMAGUTI, CA. **Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma estratégia de aproximação entre Saúde Mental e Atenção Básica no município de Itapevi - SP.** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado de São Paulo; 2018.

Introdução: Há evidências na literatura de que grande parte da população brasileira já apresentou ou poderá apresentar ao menos um episódio de transtorno mental ao longo da vida e de que parte dos problemas em saúde mental podem ser solucionados pela Atenção Básica. No entanto, os profissionais referem dificuldades no manejo de casos de saúde mental, embora a Atenção Básica seja a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde, cujos princípios e diretrizes privilegiam o cuidado no território, de forma integral e envolvendo articulação entre os serviços. **Objetivo:** Promover discussões sobre identificação e manejo de casos em saúde mental com equipes de Saúde da Família de uma Unidade de Atenção Básica do município de Itapevi/SP. **Métodos:** Tratou-se de pesquisa qualitativa em saúde, tendo sido adotada a perspectiva da pesquisa-intervenção. Foram realizados seis grupos de reflexão, conduzidos por psicólogo de Unidade Básica de Saúde de referência, tendo o último grupo caráter avaliativo, cujos conteúdos foram gravados e posteriormente transcritos. A análise dos dados se deu por agrupamento em eixos temáticos e categorias segundo o significado apreendido pelo pesquisador dos conteúdos das verbalizações. **Resultados:** As categorias foram agrupadas nos seguintes eixos temáticos de análise: político-institucional; ideológico-cultural; afetivo-emocional; cognitivo-relacional e habilidades-atitudes. Nos grupos de reflexão iniciais, as colocações foram de natureza queixosa, com conteúdos de impotência e frustração; os participantes também enfatizaram fragilidades do sistema e dos arranjos organizacionais, políticas de saúde incipientes e falhas nos processos de trabalho. Evidenciou-se, ainda, a expressão de relacionamentos interpessoais desgastados, predominantemente marcados pela desqualificação do sofrimento psíquico das pessoas. No grupo final, com caráter avaliativo, surgiram elementos favoráveis à implantação de ação semelhante ao processo realizado, destacando-se como resultados: posicionamento mais ativo da equipe frente aos problemas do sistema e da rede de saúde, com soluções práticas e aplicáveis; mudanças das próprias

percepções e valores em relação às pessoas com transtorno mental; aquisição de habilidades e maior disposição para melhores práticas em saúde mental, dado o reconhecimento dos trabalhadores de suas potencialidades e limitações pessoais, dos usuários e do trabalho em si. **Discussão:** São necessários incentivos e investimentos em espaços de reflexão nas unidades de saúde, principalmente quanto ao manejo dos cuidados em saúde mental e à mudança na percepção dos trabalhadores em relação às pessoas com transtorno mental, de modo a promover ações de saúde mental na Atenção Básica baseadas no acolhimento e resolutividade, articuladas com a atenção especializada. É demandada maior participação dos gestores nos processos de trabalho, visando acompanhá-los em suas dimensões intra e interinstitucionais. **Potencial de aplicabilidade:** Considera-se elevado o potencial de aplicabilidade desta pesquisa, visto que as necessidades em saúde dos usuários do município são semelhantes e, possivelmente, as demais Unidades de Atenção Básica são similares à Unidade pesquisada em suas fragilidades técnico-estruturais. Ademais, estima-se que a adoção dessa estratégia contribua com estruturas como o matriciamento em saúde mental, principalmente nos municípios que não possuem Núcleos de Apoio de Saúde da Família nem Centros de Atenção Psicossocial que realizem matriciamento regular.

Descritores: Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Grupos de Reflexão, Saúde Mental, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

YAMAGUTI, CA. **Reflection groups on the care task: a strategy of approaching between Mental Health and Primary Health Care in the municipality of Itapevi - SP, Brazil.** [Master Thesis]. Professional Master's Program in Public Health - CRH/SES-SP. São Paulo: Health Department of São Paulo State, Brazil; 2018.

Introduction: There is evidence in the literature that a large part of the Brazilian population has already presented or will present at least one episode of mental disorder throughout life. Some of these problems could be solved by Primary Health care. However, the professionals report difficulties in managing mental health cases, even though Primary Health care is the main entry point for users in the Unified Health System, whose principles and guidelines privilege an integral and territorial care involving articulation among services. **Objective:** Promoting discussion on the identification and management of mental health cases with professionals of Family Health teams of a Primary Health care Unit in the city of Itapevi/SP. **Methods:** It was conducted a qualitative research in health, with the perspective of intervention-research. Six reflection groups were held, led by psychologist of the Basic Unit of reference having the latter group an evaluation focus. The contents were recorded and later transcribed for analysis. The obtained data was categorized into main and specific meaning clusters, according to the researcher's perspective through the analysis of the transcribed verbalizations. **Results:** The categories were grouped into the following thematic axes of analysis: political-institutional; ideological-cultural; affective-emotional; cognitive-relational and skills-attitudes. In the initial group session, the discussions had a complaining nature, with contents of impotence and frustration; the participants also emphasized weaknesses in the system and organizational arrangements, incipient health policies, and failures in work processes. The feeling of worn-out interpersonal relationships, predominantly marked by the disqualification of people's psychic suffering, was also evidenced. In the final evaluation group, it was observed favorable elements to implement actions similar to those carried out in this study, highlighting: more active positioning of the team towards the failures of the health system organization and its network, with practical and applicable solutions; changes in workers' perceptions and values towards people with mental disorder; acquisition of

skills and greater willingness towards best practices in mental health, given the recognition by the workers of the potentialities and limitations of themselves, of the users and of the work itself. **Discussion:** Incentives and investments are needed for reflection groups, especially regarding the management of mental health care. Changing the workers perception in relation to people with mental disorders, in order to promote actions of mental health in Primary Health care based on the people's problems receiving and resolving, articulated with specialized attention. It is demanded a greater participation of managers in work processes, aiming to accompany them in their intra and institutional dimensions. **Potential applicability:** The potential of applicability of this research is considered high, since the mental health needs of the users of Itapevi municipality and the technical-structural weaknesses are possibly similar to those of other Units of Primary Health care. In addition, it is estimated that the adoption of this strategy contributes to structures such as matrix support of mental health, especially in municipalities that do not have Family Health Support Centers neither Psychosocial Care Centers that perform regular matrix support.

Descriptors: Primary Health Care, Family Health Strategy, Reflection Group, Mental Health, Unified Health System.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	22
1.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	23
1.3 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	25
1.4 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	29
1.4.1 Apoio Matricial	30
1.4.2 Educação Permanente em Saúde	31
1.4.3 Grupos de Reflexão	33
2 JUSTIFICATIVA	35
3 OBJETIVOS	37
3.1 OBJETIVO GERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
4 MÉTODOS	38
4.1 DELINEAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO	38
4.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	39
4.2.1 Panorama Situacional do Município de Itapevi/São Paulo	39
4.2.2 Campo de Pesquisa - a Unidade de Saúde da Família Parque Suburbano	40
4.2.3 Sujeitos de Pesquisa	40
4.3 PROCEDIMENTOS	42
4.3.1 Fase Preparatória	42
4.3.2 Contratualização	42
4.3.3 Grupos de Reflexão em Saúde Mental	43
4.3.4 Grupo Final com Caráter Avaliativo	46
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	47
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	48
5 RESULTADOS	49
5.1 GRUPOS DE REFLEXÃO EM SAÚDE MENTAL	49
5.1.1 Eixo Temático Político-institucional	51
5.1.2 Eixo Temático Ideológico-cultural	57
5.1.3 Eixo Temático Afetivo-emocional	60

5.1.4 Eixo Temático Cognitivo-relacional	62
5.1.5 Eixo Temático Habilidades-attitudes	65
5.2 GRUPO FINAL COM CARÁTER AVALIATIVO	68
5.2.1 Eixo Temático Político-institucional do Grupo Final com Caráter Avaliativo	70
5.2.2 Eixo Temático Ideológico-cultural do Grupo Final com Caráter Avaliativo	72
5.2.3 Eixo Temático Afetivo-emocional do Grupo Final com Caráter Avaliativo: sem Expressão de Conteúdo	75
5.2.4 Eixo Temático Cognitivo-relacional do Grupo Final com Caráter Avaliativo	75
5.2.5 Eixo Temático Envolvendo Habilidades-attitudes do Grupo Final com Caráter Avaliativo	76
6 DISCUSSÃO	82
7 CONCLUSÕES	95
8 CONSIDERAÇÕES GERAIS	97
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
Anexo 1 - Roteiro do Grupo Final com Caráter Avaliativo	108
Anexo 2 - Carta de Apresentação ao Município de Embu das Artes: Fase Preparatória	109
Anexo 3 - Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	110
Anexo 4 - Cartas de Autorização para Realização de Pesquisa	111
Anexo 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	113
Anexo 6 - Parecer Consubstanciado do CEPIS	114
CURRÍCULO LATTES - ORIENTADOR	117
CURRÍCULO LATTES - PESQUISADOR	118

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Categorização do conteúdo dos grupos de reflexão	50
Quadro 2.	Categorização do conteúdo do grupo final com caráter avaliativo	69

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Pirâmide de organização dos serviços para excelência nos cuidados em Saúde Mental **27**
- Figura 2.** Profissionais da USF Parque Suburbano, 2017 **41**

SIGLAS UTILIZADAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEFOR	Centro Formador de Pessoal para a Saúde
CEPIS	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde
CGSM	Coordenação Geral da Saúde Mental
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SF	Saúde da Família
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

Minha história com o serviço público começa nos ensinos fundamental e médio, percorrendo assim toda minha formação inicial. À época do vestibular, fui aprovado na UNESP de Assis e na Universidade Presbiteriana Mackenzie, premiado com bolsa de estudos integral em função da colocação e pela história no ensino público. Mal sabia que, além da história com a educação gratuita (ensino fundamental, médio e agora um estudo privado, porém gratuito a mim!) faria história com a saúde pública, e que esses temas, Saúde e Educação, acompanhariam meu percurso profissional, por inquietação e paixão.

Já na graduação, tive a oportunidade de estagiar no Hospital Geral de Itapevi durante o ano de 2005. E, em janeiro de 2006 - dada a mudança de gestão para outra Organização Social de Saúde (de Sanatorinhos para Associação Congregação de Santa Catarina) e a promoção de uma das psicólogas para o Serviço de Atenção ao Usuário -, fui contratado como psicólogo hospitalar. No baile de formatura a felicidade era dobrada, haja vista a conclusão do curso e o recém-conquistado primeiro emprego na área.

Foram muitos os projetos desenvolvidos no Hospital Geral de Itapevi e, com grande carinho, muitas ações foram desenvolvidas na Clínica Psiquiátrica desse Hospital Geral, tais como: a criação de protocolos assistenciais; a reorganização do acolhimento dos familiares na Enfermaria de Psiquiatria; ações interdisciplinares com profissionais de Serviço Social, Enfermagem, Psiquiatria e Terapia Ocupacional; exposições de trabalhos dos pacientes internados na enfermaria de Psiquiatria; abertura do ambulatório de Psicologia; capacitações internas voltadas ao voluntariado junto ao Grupo de Humanização Hospitalar; reuniões da rede de Saúde Mental; capacitações da equipe quanto ao manejo de pacientes com transtorno mental em situações agudas, dentre outras ações.

Em 2009 me inscrevi no concurso da Prefeitura Municipal de Itapevi para o cargo de psicólogo e, em dezembro de 2010, fui convocado. Muitas eram as dúvidas com relação a sair da zona de conforto e *status* do hospital (ocupava cargo de Supervisor de Estágio e de Psicologia, coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa, representante do hospital no Programa Nacional de Humanização Hospitalar e enquanto articulador das ações intermunicipais contra violência e em prol da cultura de paz, dentre outras funções) para assumir o papel de mero psicólogo do "postinho". De férias do hospital, assumi o cargo público e, por algumas semanas, experienciei o novo lugar e me despedi do Hospital de Itapevi, haja vista a incompatibilidade de horário para conciliar os dois locais de trabalho.

Muitas foram as surpresas na Unidade Básica de Saúde! A primeira delas ocorreu entre os meus familiares, os quais reafirmaram a perda de *status* citada. E, com as surpresas, veio a imensa gama de desafios, a saber: contabilizei um total de 980 pacientes que aguardavam triagem para atendimento em Psicologia. Muitas foram as triagens, muitas as histórias, minha escuta que afinava a cada singularidade que se apresentava, muitos foram os choros - no conforto da individualidade ou no acolhimento do grupo -, assim como muitos foram os outros pacientes que chegavam. Às dezenas. Incessantemente, como se lidar com todo sofrimento mental ou pseudo anormalidade comportamental coubesse única e exclusivamente naquela sala: *Sala 15 - Psicólogo*. Em último registro (janeiro de 2018), os 980 haviam se multiplicado para 4125, independentemente do desfecho: se alta do processo psicoterapêutico, se encaminhados a outras especialidades ou serviços de saúde, se desistentes ou não, dentre outros.

Ao longo de sete anos de atuação como psicólogo em uma Unidade Básica de Saúde, observo que muitos são os encaminhamentos para as especialidades de Saúde Mental - em sua maioria Psicologia e Psiquiatria -, cuja demanda não corresponde à procura pelos atendimentos. Observo, também, a dificuldade

encontrada pelos colegas de trabalho, em sua maioria médicos e enfermeiros, com relação ao manejo das questões de Saúde Mental, sejam dificuldades de ordem técnica, emocional ou paradigmática. Por exemplo: toda tristeza precisa de tratamento? E, se precisa, compete ao psicólogo tratá-la?

A experiência como supervisor de estagiários de Psicologia, com alunos do curso técnico de Recursos Humanos na ETEC de Barueri e as propostas de capacitação com os colegas da Clínica Psiquiátrica do Hospital de Itapevi (propostas essas muito semelhantes ao que se entende pelos grupos de reflexão) reforçaram meu gosto pela participação no processo de construção da aprendizagem. Nesse sentido, a fim de aprimorar o conhecimento sobre a família e me apropriar das especificidades acerca da Estratégia de Saúde da Família (ESF), realizei a especialização em Saúde da Família oferecida pela Universidade Federal de São Paulo no ano de 2016.

Assim, nesta dissertação, exponho breve recorte da Atenção Básica, da ESF e faço um apanhado da Reforma Psiquiátrica, cujo objetivo final visa propor reflexões sobre saúde mental com profissionais de equipes de Saúde da Família de uma Unidade de Atenção Básica do município de Itapevi/SP por meio de grupos de reflexão e avaliar os resultados.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro é regido pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos princípios e diretrizes da integralidade, universalidade, equidade, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, consolidando o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. As diretrizes do SUS orientam a configuração geral do sistema de saúde em todo o território nacional e expressam as recomendações técnicas para a organização, gestão e competências do sistema (BRASIL, 1990).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo que garante assistência integral e gratuita para a totalidade da população, estendendo-se desde a Atenção Básica³ (AB) até os atendimentos em ambulatórios de alta complexidade (SOUZA, 2002). A AB dentro do SUS representa a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema, é organizadora do cuidado e o principal contato dos usuários com os demais pontos da rede de saúde (MS, 2011a; 2017). A Portaria n.º 2.436 de 2017 do Ministério da Saúde (MS) dispõe sobre as principais características da Atenção Básica (MS, 2017):

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida

³ Embora a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 reconheça os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes, optou-se por adotar o primeiro.

por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (...) ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (Portaria MS 2.436 de 2017).

De acordo com as diretrizes do MS, a AB deve ser o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, buscando o cuidado integral e a resolutividade, a identificação e a classificação de riscos, a coordenação do cuidado, bem como estabelecer a criação e acompanhamento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) no território. A participação ativa é estimulada, buscando-se desenvolver atitudes como independência, autonomia e corresponsabilização pelo cuidado dos usuários em relação aos serviços de saúde (MS, 2013).

1.2 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Como estratégia para a promoção da saúde de modo que a atenção primária se consolidasse como a porta de entrada dos sistemas de saúde, muitos países desenvolveram modelos de cuidados em saúde baseados no que denominaram por Medicina ou Saúde da Família (SF). No Brasil, somente na década de 1990, implantaram-se programas consistentes e extensivos nesse sentido (CANESQUI e OLIVEIRA, 2002).

Em 1991, o MS constituiu o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), três anos antes do estabelecimento do Programa de Saúde da Família (PSF). A ideia central do PACS era focar as ações de saúde no núcleo familiar, em detrimento das ações voltadas ao indivíduo, introduzindo a noção de área de cobertura por família. O objetivo central do PACS era diminuir a

mortalidade infantil e a mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (VIANA e POZ, 2005).

O PSF foi instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde e representou uma alavanca para a organização dos sistemas locais de saúde à medida que impôs uma série de pré-requisitos para a assinatura de convênios. Além disso, funcionou como mecanismo de pressão no processo de descentralização e teve papel fundamental na mudança dos critérios de pagamento do sistema. O novo programa também representou mudança no modelo de assistência, estimulando o trabalho de equipes multiprofissionais (profissionais de saúde de perfil mais generalista, menos especialista), voltando-se para a formação de vínculo com os usuários, cujo foco de atuação estava na responsabilização dos cuidados e na construção da relação de confiança com a família, com o indivíduo e com a comunidade, deslocando as ações do interior das unidades de saúde para o território (VIANA e POZ, 2005).

A partir do momento em que o PSF deixou de ser um programa, passou a ser denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF). De modo dinâmico, a ESF visou à reversão do modelo assistencial de atendimento emergencial às pessoas, os quais até então eram baseados prioritariamente na assistência hospitalar. Dentre as prerrogativas das equipes das ESF, são previstas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e cuidado dos agravos mais frequentes, contribuindo, assim, para a reorganização dos serviços de saúde. Em outras palavras, a adoção da ESF visa ao maior acesso da população aos cuidados de saúde, à composição da rede assistencial de AB, à reafirmação e consolidação dos princípios do SUS, operacionalizando os cuidados por meio de equipes com o conhecimento abrangente da realidade do território no qual estão inseridas (RODRIGUES e MOREIRA, 2010).

Tais equipes de SF são compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes

comunitários de saúde (ACS), podendo contar com equipe de saúde bucal (ESB), composta por cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. Cada equipe deve responsabilizar-se pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil pessoas de uma determinada área (MS, 2010).

Em 24 de janeiro de 2008, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154 (MS, 2008). O principal objetivo foi o de apoiar a inserção das equipes de SF nas redes de serviços, além de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da AB, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. Além desses objetivos, os NASF devem estar comprometidos com a promoção de mudanças nas atitudes dos profissionais da SF, potencializando ações intersetoriais e interdisciplinares, além da humanização dos serviços, Educação Permanente em Saúde (EPS), promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (MS, 2010).

1.3 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

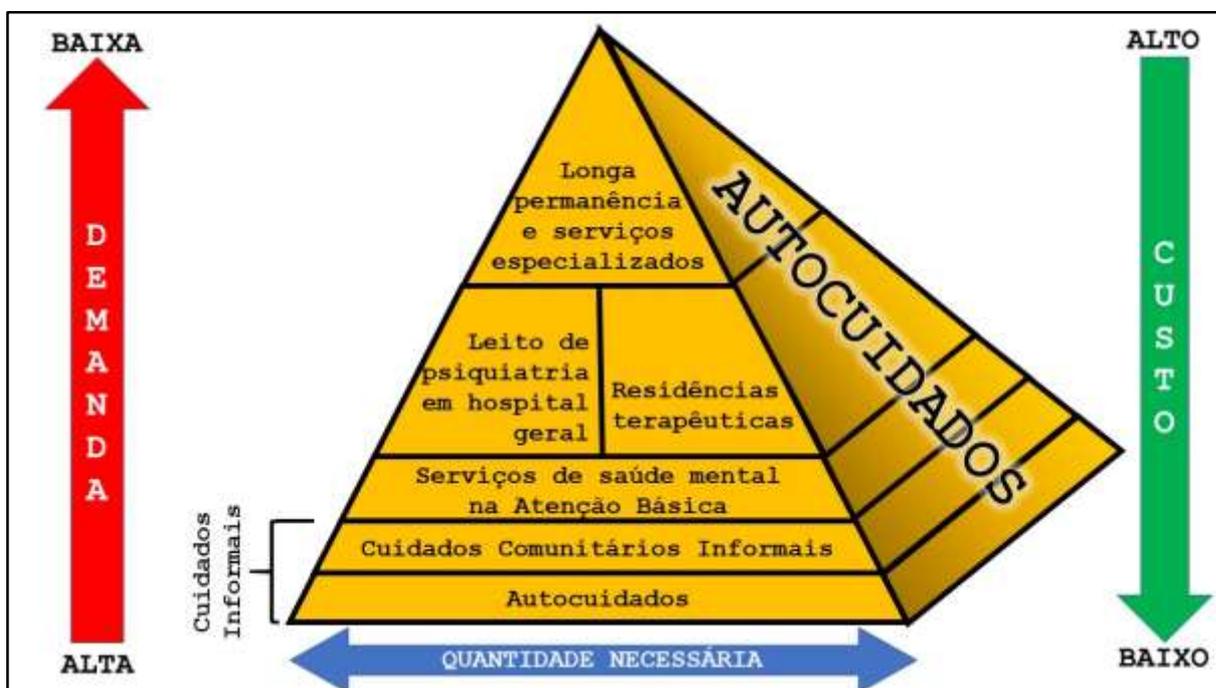
Frente à necessidade de articulação entre AB e Saúde Mental (SM), passou-se a reconhecer a existência do componente do sofrimento subjetivo associado às doenças, muitas vezes atuando como entrave nas estratégias de promoção e proteção à saúde adotadas pelas equipes de saúde. Dessa maneira, devem-se compreender as necessidades dos usuários como um todo e não isoladamente, partindo do pressuposto da indivisibilidade entre sofrimento mental e sofrimento físico (MS, 2013). Nessa perspectiva, a história já sinalizava o reconhecimento da dimensão subjetiva e social no campo da saúde mental em decorrência de movimentos sociais e de trabalhadores da saúde que procuraram transformar o modo de cuidar da pessoa com sofrimento psíquico ou transtorno mental, evidenciando as

singularidades em detrimento da doença, na contramão das práticas manicomiais e asilares (PINTO et al., 2012).

Embora os conceitos de saúde e de doença mental variem sensivelmente entre determinadas culturas, a literatura descreve que os transtornos mentais ocorrem universalmente e geram alto custo social e econômico, podendo causar incapacitações graves e definitivas que representam um importante desafio para os sistemas de saúde. Ainda que os transtornos mentais repercutam em baixos índices de mortalidade, são significativos no espectro da incapacidade de longa duração, quando relacionados à redução da qualidade de vida das pessoas acometidas e dos familiares envolvidos (WHO, 2008; SANTOS e SIQUEIRA, 2010).

Conforme ilustrado na Figura 1, a utilização ideal dos serviços de saúde mental pressupõe, em menor escala, as instituições de longa permanência, seguidas pelos leitos de psiquiatria em hospital geral e residências terapêuticas. Como serviços de saúde mental de maior utilização são recomendados os da AB, os quais são sustentados por apoios de uma base consistente de cuidados comunitários e autocuidados, cuja ideia pressupõe ações realizadas pelos próprios sujeitos em prol da promoção de saúde mental, bem como engloba os vínculos saudáveis e duradouros, aqui chamados de cuidados informais em SM, como exemplificado pelos bons vínculos familiares e entre os pares, comunitários. Adotado esse ideal de utilização, entende-se que os custos sociais e econômicos gerados aos sistemas de saúde serão minimizados, relacionando-o à demanda dos serviços formais em SM (WHO, 2008). Muito embora na descrição internacional o modelo de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) não seja expressivo, depreende-se que o mesmo estaria entre os modelos da AB e o de longa permanência.

Figura 1. Pirâmide de organização dos serviços para excelência nos cuidados em Saúde Mental



Fonte: Adaptado de WHO (2008)

Sendo a SM pauta tão significativa no tocante à AB, seu agravamento, os transtornos mentais, demandam, portanto, atenção especial. De acordo com dados do MS, cerca de 3% da população brasileira apresentam transtornos mentais severos (os quais demandam cuidados contínuos) e cerca de 9% a 12% apresentam transtornos mentais leves. Quanto aos transtornos em decorrência do uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas, a estimativa é de que atinjam cerca de 6% da população (MS, 2010).

A atual Política Nacional de Saúde Mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1970, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela luta em prol dos direitos humanos e acompanhou a reforma sanitária. A inspiração para esse movimento foram modelos de países europeus que propunham a substituição do hospital psiquiátrico por um

modelo de serviços de saúde comunitários, com inserção territorial. Essa mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado é conhecida como Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007; MATEUS, 2013; MS, 2013).

O modelo de Reforma Psiquiátrica pauta-se em ideais de desinstitucionalização, procurando alternativas ao modelo médico-medicamentoso tradicional. Assim, retira a hierarquia decisória do tratamento médico localizado no psiquiatra como líder soberano da equipe de saúde mental. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) aos poucos incorporou usuários e familiares dos serviços de SM e passou a se denominar, em 1987, Movimento da Luta Antimanicomial. Este movimento teve influência nas Conferências de SM dos anos seguintes, nos Conselhos de Saúde e na própria formulação da Política Nacional de Saúde Mental que prevalece até os dias atuais (AMARANTE, 2007; MATEUS, 2009; MATEUS, 2013).

A partir da consolidação do SUS, em 1990, criaram-se condições no MS para a instituição da Coordenação Nacional de Saúde Mental em 1991, responsável pela formulação e implementação política na área de SM (BORGES e BAPTISTA, 2008). Como marco histórico mais recente na atenção aos usuários com transtornos mentais, instituiu-se a Lei n.º 10.216 em 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), a qual incitou a transformação da assistência em saúde mental no país, afirmando os direitos das pessoas com transtorno mental e iniciando a substituição gradual de leitos psiquiátricos por uma rede de serviços extra-hospitalares (BRASIL, 2001).

Dessa forma, começaram a vigorar as primeiras normas federais para a composição da rede de serviços, pautando-se, dentre outras coisas, na articulação entre os serviços de AB e os de atenção especializada em saúde mental, com o intuito de territorializar as ações de cuidado, entendendo que nesses dois níveis convergem a integralidade, o vínculo e a possibilidade de construção de redes intra e interinstitucionais. Além disso, há

a premissa de que parte dos problemas de saúde mental não precisa ser encaminhada aos serviços especializados, podendo ser cuidada pelas equipes da ESF e demais profissionais da AB (GAMA e ONOCKO-CAMPOS, 2009; RODRIGUES e MOREIRA, 2010; SOUZA e RIVERA, 2010; MATEUS, 2013).

1.4 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Tradicionalmente, as ações de saúde realizadas na AB são consideradas ações de baixa complexidade, enquanto as ações realizadas em grandes serviços, como centros cirúrgicos e grandes hospitais, são consideradas de alta complexidade. LANCETTI (2006), porém, defende a ideia do que chama de complexidade invertida, sugerindo que, em se tratando de sofrimento psíquico, deva-se considerar o contrário: os procedimentos realizados dentro dos hospitais psiquiátricos são procedimentos simples e tendem à simplificação. Já as ações no território são muito mais complexas, com todos os atravessamentos sociais e culturais, condições materiais de vida e riscos que comportam um *setting* que não é fixo e que impõe constantes necessidades de reedição das práticas e incorporação de novos dispositivos para a produção de saúde (LANCETTI, 2006).

Nota-se, contudo, que há características comuns que aproximam as equipes da AB e as ações de saúde mental, uma vez que ambas trazem em seu bojo a atuação a partir do contexto familiar, a continuidade do cuidado, ações pautadas no acolhimento e vínculo, desenvolvimento de práticas coletivas na comunidade e modificações das estratégias de saúde (MIELKE e OLCHOWSKY, 2010).

A partir dessas características comuns existentes entre a AB e a SM serão discutidas três ferramentas que podem auxiliar

a primeira nos cuidados em saúde mental: o apoio matricial, a EPS e os grupos de reflexão.

1.4.1 Apoio Matricial

CAMPOS (1999) formula o conceito de apoio matricial - ou matriciamento -, cujo objetivo consiste em aumentar a resolutividade das ações de saúde e qualificá-las ao redimensionar os organogramas dos serviços, de maneira que as áreas especializadas ofereçam apoio técnico e horizontal às equipes interdisciplinares da AB. Os processos de trabalho passam a ser regulados pela relação terapêutica, de modo que as equipes de referência se responsabilizam pelo acompanhamento longitudinal de cada caso, seja individual ou coletivamente. A equipe de apoio matricial é geralmente composta por trabalhadores sem relação direta e cotidiana com os usuários, mas cujas tarefas são prestar apoio às equipes de referência (CAMPOS, 1999).

As equipes de referência e o apoio especializado matricial surgem como uma ferramenta capaz de estimular o compromisso dos profissionais nos processos de trabalho (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Na SM, o intuito principal é potencializar a atuação das equipes de saúde inseridas na AB, permitindo trocas de saberes de modo horizontal entre os profissionais e maior articulação da rede de serviços, tendo em vista o cuidado ampliado para atender as necessidades dos usuários, estimulando a produção de saúde em linhas de cuidados integrais, efetivas e resolutivas. Por definição, entende-se por apoio matricial um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (MS, 2011b). Essas duas dimensões podem e devem misturar-se nos diversos momentos. Porém, um pressuposto fundamental é a compreensão do que é conhecimento único e

exclusivo do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre as equipes e o apoiador matricial (MS, 2010).

Um dos pontos de partida para a construção dessa proposta de intervenção pedagógico-terapêutica margeia o que se entende por Clínica Ampliada, objetivando o compromisso ético com as singularidades, responsabilizando-se pelos usuários nos serviços de saúde, desenvolvendo o trabalho baseado na intersectorialidade e reconhecendo os limites pessoais e tecnológicos necessários em cada situação específica (MS, 2004). Para tanto, as equipes devem apostar no acolhimento como dispositivo para a formação de vínculo com os usuários, proporcionando um espaço de escuta empática no qual se sintam seguros e tranquilos o suficiente para expressarem suas angústias, dúvidas e inquietações (CAMPOS e DOMITTI, 2007; MS, 2013).

Cabe, contudo, avaliar os métodos utilizados na implantação do apoio matricial e os resultados alcançados, uma vez que representa arranjo inovador no que diz respeito à tecnologia em saúde, sobretudo porque, desde 2003, o MS o adota como estratégia de entrada da saúde mental na AB, além de, com isso, aprimorar a rede de saúde dos diversos municípios nos quais esteja implantado (CAMPOS e FIGUEIREDO, 2009).

1.4.2 Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente é baseada na aprendizagem significativa, nas possibilidades de modificações das práticas profissionais, podendo ser compreendida como aprendizagem-trabalho, pois acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Como particularidade da educação permanente, ela se fundamenta a partir das dificuldades e dos problemas enfrentados cotidianamente e prioriza os conhecimentos e as experiências dos interessados (MS, 2009).

Na área da Saúde, o método pressupõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde ocorram via problematização dos processos de trabalho, considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas também pelas necessidades de saúde dos usuários. Como objetivo principal, podem ser destacadas as transformações das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (MS, 2009).

A literatura define que o enfoque da EPS representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços, pressupondo uma inversão na lógica do processo, ao incorporar o ensino e o aprendizado no cotidiano das organizações e nas práticas sociais, ao modificar as estratégias educativas a partir das problematizações como fonte de conhecimento, ao colocar as pessoas de modo central e reflexivo sobre as próprias práticas, ao abordar o grupo como estrutura de interação, ao evitar a fragmentação do modelo disciplinar, ao expandir os espaços educativos para fora do contexto das paredes escolares e para dentro das organizações, seja na comunidade, associações ou ações comunitárias (MS, 2009; MICCAS e BATISTA, 2014).

A perspectiva da Educação Permanente, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe, incluindo médicos, enfermeiros, equipe administrativa, educadores, trabalhadores sociais e demais componentes do grupo. Porém, a incorporação de novas práticas tende a apontar resistências às mudanças, criando obstáculos como o impedimento da participação comunitária ou a gestão centralizada. Assim, a modificação das práticas institucionais requer formas de ação coletivas, de modo a influenciar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas necessariamente a colocar os pressupostos e os contextos em discussão (MS, 2009).

Para a implementação da EPS, o Ministério da Saúde (MS, 2009) sugere os seguintes passos: direcionalidade das ações nos

serviços de saúde estaduais e municipais, gerando uma construção política compartilhada orientada para os problemas no campo da saúde e da transformação dos serviços; gestão dos projetos nos próprios serviços, capacitando as equipes na programação e gestão dos projetos; gerar processos para a sustentabilidade das ações na estrutura do sistema, no trabalho em redes, assim como nas modalidades de monitoramento de processos e resultados; fortalecer as competências para a condução dos projetos; potencializar os resultados de transformação evitando a parcialização improdutiva; articulação de ações dentro de cada componente ou entre componentes; incluir o desenvolvimento dos recursos humanos, tanto profissionais como auxiliares, nos diversos níveis de atenção e das equipes (MS, 2009).

1.4.3 Grupos de Reflexão

Outra ferramenta que pode auxiliar as equipes da AB no cuidado aos usuários com transtornos mentais são os grupos de reflexão. Segundo ZIMERMAN (1992, 2002), que os chamava de grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial, a técnica implica na mudança das atitudes que estão envolvidas com as experiências emocionais no processo de ensino ou de trabalho. A ideia consiste em criar um ambiente afetivo e acolhedor para compartilhar as experiências emocionais ligadas ao trabalho, a fim de reafirmar a identidade profissional e proporcionar maior capacidade de enfrentamento dos conflitos.

O coordenador dos grupos de reflexão deve centralizar a discussão em um tema comum ao grupo por meio da livre discussão e preferencialmente a partir dos relatos das vivências clínicas e assistenciais. Valendo-se de breves estímulos, colocações e indagações, deve auxiliar o grupo a discernir sobre o próprio arcabouço de valores que convergem para as atitudes profissionais. O objetivo final desses grupos é conduzir os

participantes a refletir sobre si por meio do pensar e do sentir de modo a levá-los a aprender a aprender (ZIMERMAN, 1992).

A proposta dos grupos de reflexão é criar condições grupais que propiciem melhores condições de manejo na área de saúde mental e qualidade de vida para trabalhadores de saúde, visando à ampliação dos seus recursos pessoais, promovendo a formação de agentes que multipliquem e incentivem mudanças de comportamento. Espera-se que a partir dos grupos seja possível a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e familiares, à equipe de saúde e aos próprios participantes, facilitando a identificação das dificuldades emocionais envolvidas no cotidiano profissional. Quanto ao formato, os encontros podem ser de modo programado pontualmente (entre quatro e oito encontros) ou realizados de forma permanente (semanais ou quinzenais), com duração de aproximadamente uma hora (ZIMERMAN, 1992).

Geralmente, os grupos de reflexão são coordenados por profissionais da área de saúde mental com habilidades de manejo de grupos, os quais costumam adotar recursos didáticos auxiliares como leitura de textos, recursos audiovisuais ou abordagem psicodramática (NOGUEIRA-MARTINS, 2006), que tem a vantagem de evitar que sejam fornecidos modelos pré-formatados aos participantes. Observa-se, contudo, que a criação de espaços institucionais a fim de facilitar as discussões a respeito das dificuldades do cotidiano do trabalho, que o desgaste inerente à tarefa de cuidar e que questões relacionadas à saúde mental dos profissionais envolvidos têm sido cada vez mais mobilizadoras nas instituições de saúde (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Das alternativas de cuidado em saúde mental na AB apresentadas - apoio matricial, EPS e grupos de reflexão -, optou-se nesta pesquisa-intervenção pela última, por caracterizar ações mais pontuais. A metodologia será melhor detalhada no delineamento teórico-metodológico.

2 JUSTIFICATIVA

As evidências nas publicações nacionais estimam que de 31% a 50% da população brasileira já apresentou ou pode vir a apresentar pelo menos um episódio de transtorno mental durante a vida e, dessas pessoas, de 20% a 40% necessitarão de auxílio profissional, especializado ou não (XIMENES NETO et al., 2009). De acordo com dados relativos ao ano de 2002 divulgados pela OPAS/MS, 56% das equipes de SF mencionaram que realizam alguma ação na qual estivesse envolvida problemática relativa à saúde mental (MS, 2010).

Diante dessa prevalência, é preciso qualificar a AB para o manejo adequado de tais problemáticas, sendo as principais estratégias a ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental e a priorização das ações de saúde mental na AB por meio da escuta qualificada. No entanto, apesar da necessidade observada, em um levantamento preliminar de 2006, realizado pelo MS em 12 estados da federação, constatou-se que somente 16,3% dos municípios pesquisados realizavam ações sistemáticas de saúde mental na AB (MS, 2010).

Algumas dificuldades podem ser destacadas com relação aos modos como os profissionais da AB lidam com o sofrimento psíquico dos usuários (MS, 2010), tais como medo, desqualificação da escuta e da atenção como fundamentais ao cuidado em SM, excessivo envolvimento com situações de crise e com problemas sociais (LOPES et al. 2012; RIBEIRO, 2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que a capacitação das equipes de SF quanto ao manejo do sofrimento psíquico é fundamental para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em saúde mental, proporcionando uma atenção de melhor qualidade e reduzindo tratamentos inadequados ou desnecessários (MS, 2010). A OMS e o MS estimam que cerca de 80% dos usuários são encaminhados desnecessariamente aos serviços de saúde

mental, ou seja, sem uma demanda de atenção especializada (CAMPOS e FIGUEIREDO, 2009).

Muito embora tenha ocorrido a ampliação dos serviços e, conseqüentemente, do número de profissionais envolvidos na atuação em saúde mental no município de Itapevi, observam-se entraves na terapêutica oferecida aos usuários, devido aos limites da complexidade das necessidades dos mesmos, às falhas na formação profissional em saúde coletiva e desarticulação dos serviços de saúde. Observam-se, também, práticas isoladas e desarticuladas da rede como um todo, pautadas em sua maioria em modelos tradicionais, como, por exemplo, o de psicoterapia individual, além da desarticulação das ações de saúde mental entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e CAPS. Dessa forma, compreende-se que a promoção de grupos de reflexão em saúde mental na AB pode contribuir para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental no município.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do presente trabalho foi promover discussões sobre saúde mental com profissionais de equipes de Saúde da Família de uma Unidade de Atenção Básica do município de Itapevi.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Constituíram objetivos específicos:

- ✓ facilitar a identificação das demandas em saúde mental;
- ✓ refletir sobre o manejo dos casos e situações apresentados nos grupos;
- ✓ contribuir para o desenvolvimento de novas competências, de acordo com as práticas desejáveis em saúde mental;
- ✓ avaliar o processo de trabalho realizado.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa qualitativa em saúde coletiva, cuja escolha se baseou na possibilidade de aprofundamento e melhor compreensão das variáveis envolvidas no objeto de estudo.

O referencial metodológico adotado foi o da pesquisa-intervenção. De acordo com OLIVEIRA e OLIVEIRA (1985), essa metodologia implica na participação ativa do pesquisador e do pesquisado em todas as etapas do processo, do diagnóstico da situação problema à construção das estratégias de resolução. Dessa forma, a pesquisa-intervenção parte de um problema comum a ser solucionado (MOREIRA, 2008), levando-se em conta tanto a subjetividade do pesquisador quanto daqueles que estão sendo pesquisados. Assim, boa parte da pesquisa envolve a construção de uma relação entre o pesquisador e os sujeitos de pesquisa, que passam a vincular-se e a apostar na confiança de sentir-se à vontade, de maneira que os encontros possam ser iniciados por uma simples conversa. É comum que o pesquisador faça uma descrição dos objetos, lugares, pessoas, atividades, acontecimentos, conversas e que registre ideias, estratégias, reflexões e sugestões (FLICK, 2004).

Apesar do ponto de partida de um problema comum - no caso, as dificuldades de manejo relacionadas à saúde mental -, o objetivo do trabalho não se tratou de uma mudança imediata de comportamento do grupo. Nesse sentido, a pesquisa-intervenção compreende que a mudança é consequência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, cujas estratégias de intervenção terão como alvo o poder e o jogo de interesses que se fazem presentes na investigação, colocando em análise os efeitos das

práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e permitindo a criação de novas práticas (ROCHA e AGUIAR, 2003).

Para a presente pesquisa-intervenção adotou-se o modelo de encontros periódicos e regulares com as equipes, semelhantemente ao postulado por ZIMERMAN (1992) ao sugerir encontros pontuais de duração programada (entre quatro ou oito encontros) ou realizados de forma permanente (semanais ou quinzenais).

Convencionou-se chamar os grupos realizados de Grupos de Reflexão em Saúde Mental, dadas as semelhanças com os pressupostos dos Grupos de Reflexão sobre a Tarefa Assistencial propostos por ZIMERMAN (1992, 2002) e como tarefa assistencial constituíram-se temáticas na área de saúde mental. Além disso, a escolha pelo trabalho com grupos em detrimento a abordagens individuais se deu pelo fato de compreender que os grupos facilitariam a expressão dos conteúdos necessários para análise, suscitando material para debate e reflexão, possibilitando oportunidade de revisão dos processos de trabalho da equipe.

Os encontros tiveram como disparador a discussão de casos ou problemas de SM selecionados pela própria equipe, com vistas a atender às demandas e entraves do cotidiano. Ao mesmo tempo, como aponta FERNANDES (2000b), o fato de não ter um tema pré-fixado facilitou o aparecimento de projeções e a construção do tema pelos próprios participantes, tendo o coordenador o cuidado para não permitir que o trabalho com o grupo se transformasse em uma situação terapêutica.

4.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

4.2.1 Panorama Situacional do Município de Itapevi/São Paulo

O município de Itapevi, situado na região metropolitana da grande São Paulo, segundo censo demográfico do IBGE de 2010, contava com população estimada de 229.502 habitantes no ano de 2017. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 366 de 645 e 171 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3347 de 5570 e 2577 de 5570, respectivamente (IBGE, 2017).

O processo de descentralização da SM no município de Itapevi iniciou em 2006, com a substituição de uma única unidade de tratamento em saúde mental por atendimentos ambulatoriais (Psiquiatria e Psicologia) disponibilizados em quatro UBS e com a implantação de um CAPS II de adultos. Em 2017, onze anos após o início da descentralização da SM, além dos serviços mencionados, o município contava com nove USF, seis UBS, três Pronto Socorros, um Centro de Reabilitação, um Serviço de Atendimento Especializado e com outros dois CAPS - o Álcool e Outras Drogas e o Infanto-Juvenil (PMI, 2017).

4.2.2 Campo de Pesquisa - a Unidade de Saúde da Família Parque Suburbano

A pesquisa se deu na USF Parque Suburbano por estar no território da UBS de atuação do pesquisador e por ser a única com equipes completas de ESF. A ideia de ser no território não se deu por conveniência, mas com intuito de compreender os encaminhamentos em SM para Psicologia. Atualmente, a USF conta com 29 trabalhadores catalogados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além da equipe administrativa, como demonstra a Figura 2, e é referência para aproximadamente 25 mil usuários do SUS.

4.2.3 Sujeitos de Pesquisa

Participaram dos grupos uma das equipes da ESF, composta por técnico de enfermagem, enfermeiro e ACS. Ainda, o cirurgião dentista da Unidade de Saúde e ACS das demais ESF de modo não contínuo, uma vez coincidir com período de férias de alguns e impossibilidade de todas as equipes participarem simultaneamente. Não havia critério de exclusão para participar dos grupos, sendo recomendado que não faltassem uma vez iniciada a participação; as faltas em um ou mais grupos não impediram os trabalhadores de participarem do(s) grupo(s), se assim manifestassem interesse.

Figura 2. Profissionais da USF Parque Suburbano, 2017



*Registros das áreas determinados pelo CNES

Fonte: Extraído do CNES⁴ (2017)

⁴ [Informação obtida em http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp]

4.3 PROCEDIMENTOS

4.3.1 Fase Preparatória

Dada a inexperiência do pesquisador com a metodologia proposta, foi sugerida a aproximação com algum município próximo e de características análogas. Assim, realizaram-se entrevistas com a Coordenação de SM do município de Embu das Artes (Anexo 2), referência na região dos mananciais em boas práticas de SM, haja vista as práticas com a rede de saúde setorizada - chamada carinhosamente de "redinhas" - realizadas por meio de discussão de casos emblemáticos, majoritariamente em SM (PAIVA, 2009). Após aprovação da Coordenação e Secretaria Municipal de Embu das Artes, foram realizados contatos com as coordenações e trabalhadores de serviços de SM, que compartilharam as possibilidades e dificuldades nas reuniões de reflexão sobre ações de SM nas UBS. Em sequência, foi permitida a participação em uma das reuniões do projeto "redinhas", de cunho intersetorial, cujos objetivos fundamentais visam ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e à instrumentalização dos trabalhadores quanto ao manejo dos casos elegidos para discussão em reunião.

4.3.2 Contratualização

Foram realizados dois contatos prévios com a USF Parque Suburbano.

O primeiro contato com a USF foi realizado em torno de quatro meses antes do início da pesquisa, no qual estavam presentes duas alunas do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde, também trabalhadoras do município de Itapevi, a chefia

administrativa da USF e a enfermeira responsável técnica. A ideia inicial era de que os três projetos de pesquisa pudessem utilizar a USF como campo, como unidade modelo para as demais ao município.

No segundo contato, três meses após o primeiro, reuniu-se o maior número possível de trabalhadores da USF com o objetivo de explicar a natureza da pesquisa, pactuação dos dias da semana e horário dos grupos. Nesse contato de *contratualização*, foi combinado de modo participativo quem seriam os sujeitos participantes, de modo que não atrapalhasse a rotina de trabalho da USF, privilegiando o atendimento aos usuários do serviço. Escolheu-se, portanto, dia e horário no qual não estavam previstas visitas domiciliares, visando ampliar as possibilidades de participação e envolvimento da equipe, incluindo os profissionais médicos. No entanto, a Unidade não se organizou de modo que não ocupassem a agenda dos médicos recém chegados na Unidade de Saúde, de modo que os mesmos não participaram em nenhum dos grupos. Vale mencionar que poucas foram as participações dos enfermeiros nos grupos promovidos; próximo ao início do trabalho, um deles teve uma fratura e afastou-se do trabalho, sendo que o outro já estava afastado do trabalho há algum tempo segundo a equipe.

4.3.3 Grupos de Reflexão em Saúde Mental

Foram realizados seis grupos de reflexão em SM de aproximadamente uma hora e quarenta minutos a duas horas de duração em cada um deles, com intervalo médio quinzenal entre um grupo e outro, sendo o próprio pesquisador o coordenador e observador dos grupos. Refletindo sobre o tempo de duração dos grupos, WESTPHAL, BOGUS e FARIA (1996), DEBUS (1997), IERVOLINO e PELICIONE (2001) sugerem de uma a duas horas para que o cansaço

dos participantes e as condições desconfortáveis não venham a interferir nos objetivos propostos.

As sessões dos grupos de reflexão ocorreram na própria USF, em uma sala destinada aos ACS. Trata-se de um local amplo que contém armários para guarda de pertences, um escovódromo⁵ coletivo desativado e alguns computadores, mesas e cadeiras. Essas foram dispostas em roda em todos os grupos de reflexão. Proporcionou-se, ainda, café com algum acompanhamento simples - bolo, biscoitos doces e salgados. Nas palavras de IERVOLINO e PELICIONE (2001), compete ao coordenador proporcionar um ambiente descontraído e adequado para que diferentes percepções e pontos de vista se manifestem.

No primeiro grupo foram retomados de modo mais detalhado os objetivos dos grupos de reflexão, a duração dos encontros, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sanadas as dúvidas. Nenhum dos presentes apresentou dúvidas, tampouco se opôs em participar, uma vez que ali estavam após etapa de contratualização. Curiosamente, uma das participantes havia levado o filho, uma criança de aparentemente seis anos de idade. O coordenador, assim que aplicou o TCLE, ofereceu folhas e lápis para a criança, pedindo que a mesma ficasse em um canto da sala e assim prevenindo interferências que atrapalhassem as discussões e reflexões. A criança e os participantes compreenderam o sentido da orientação, tanto que a infante permaneceu concentrada na atividade lúdica e o fato não se repetiu.

No segundo grupo, ao chegar na USF no horário previsto, a equipe encontrava-se reunida na sala de reuniões, contudo, em reunião com a Coordenação da Saúde da Família e com a Coordenação de Saúde Bucal, que apresentavam projeto recém pactuado pelo município. A reunião fora agendada na véspera e sem conhecimento da responsável técnica (enfermeira) da USF, sendo comunicada

⁵ Local destinado à escovação dental

apenas aos ACS. Assim, o início do grupo ficou comprometido. Pensou-se em adiar a sessão para outra data. No entanto, considerou-se que esse evento faz parte do cotidiano do trabalho da unidade e que seria um importante dado qualitativo a ser incorporado nas discussões. Desse modo, o grupo iniciou as discussões e reflexões e, curiosamente, somente próximo ao final da sessão, o ocorrido foi trazido à tona e pôde ser significado e esclarecido, o que contribuiu para diminuir tensões internas. Como características gerais do segundo grupo realizado, resgataram-se os sentimentos mobilizados, pensamentos e questões gerais como ponto de partida.

Conforme calendário combinado com a equipe de trabalho, na data prevista para realização do terceiro grupo, a enfermeira responsável técnica pela USF pediu para utilizar o espaço e horário dos grupos de reflexão para dialogar com a equipe. Em razão do recém credenciamento de uma das equipes junto ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no Ministério da Saúde e a urgência dos prazos para a utilização da verba recebida, solicitou tal alteração no calendário. Combinou-se com a equipe presente que o terceiro grupo dar-se-ia na semana subsequente. Na terceira sessão de grupo, a equipe foi enfática na descrição das dificuldades de manejo em saúde mental, a partir de casos e situações cotidianas.

Tanto o quarto quanto o quinto encontros realizados foram semelhantes. Ambos ocorreram no dia e horário conforme previsão inicial e a ênfase principal das discussões e reflexões partiram do projeto em redução de danos escrito pela equipe da USF em trabalho da formação em abuso de álcool e drogas "Caminhos do Cuidado". A equipe discutiu o referido projeto, combinou de enviá-lo por *e-mail* para análise do coordenador, porém não o fez.

Na data combinada para o sexto e último encontro os participantes combinaram, além do tradicional café e biscoitos proporcionados pelo coordenador, realizar uma festividade em

comemoração ao encerramento das atividades, adotando a temática junina, com quitutes e trajes típicos. Para que fosse possível a realização da "festa", combinou-se uma hora a mais do que as habituais. No entanto, a finalização dos grupos de reflexão tomou outras proporções, não sendo possível a reunião em roda como de costume, uma vez que a festividade tomou cerca de três horas. A fim de finalizar e avaliar as atividades realizadas, propôs-se um grupo final com caráter avaliativo, como descrito a seguir.

4.3.4 Grupo Final com Caráter Avaliativo

Ao final dos cinco encontros do grupo de reflexão foi realizado um sexto grupo de reflexão para avaliação do processo das sessões dos grupos realizados. O grupo final com caráter avaliativo, com roteiro semiestruturado (Anexo 1), não era previsto inicialmente. No entanto, dado o fechamento abrupto dos grupos de reflexão sem processo de avaliação algum ou de fechamento, optou-se por realizá-lo com a finalidade de avaliar e discutir o trabalho com os mesmos participantes, possibilitando a expressão de percepções, valores, atitudes e representações sociais sobre uma situação específica (WHO, 1992; WESTPHAL et al., 1996; TRAD, 2009).

Semelhantemente aos grupos de reflexão iniciais, o grupo final com caráter avaliativo foi realizado no mesmo espaço e também com disposição em roda, gravado e posteriormente transcrito. O diferencial, exposto inicialmente, foi a característica avaliativa, ilustrada por roteiro semiestruturado de perguntas, que enfatizou os resultados alcançados pelos grupos de reflexão realizados inicialmente, privilegiando-se o envolvimento ativo dos participantes (WESTPHAL et al., 1996).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

As sessões dos grupos foram gravadas e transcritas, totalizando duzentas e duas páginas de material. A partir da transcrição foi feita uma pré-análise com o objetivo de permitir uma leitura flutuante que conduzisse a formulação de eixos temáticos e categorias para direcionamento da análise (SILVA e FOSSA, 2015).

As análises foram feitas com base nos conteúdos expressos pelos participantes. Para tanto houve um agrupamento do material de acordo com o significado apreendido pelo pesquisador. Na formulação e na nomeação das categorias adotaram-se princípios de exclusão mútua entre si e de homogeneidade dentro de si, além de pertinência e objetividade quanto ao conteúdo (SILVA e FOSSA, 2015). Foram elegidos eixos temáticos para estruturação, organização dos dados e para facilitar a categorização do material captado, e a partir dos eixos temáticos foram criadas categorias. Destaca-se, por fim, que pequenas alterações nas citações - em sua maioria de cunho gramatical - foram realizadas, bem como recortes que melhor expressassem a categoria em questão, procurando-se preservar os núcleos de significação. No entanto, dada a complexidade das expressões, o agrupamento em eixos temáticos e posterior categorização tenha se dado para maior compreensão didático-pedagógica, haja vista a indissociabilidade de muitos dos conteúdos expressos.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a Resolução n.º 466, de 16 de dezembro de 2012 (MS, 2012) e considerando o disposto na Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, o presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e aprovado por meio da Plataforma Brasil. Somente após a aprovação do CEPIS a pesquisa teve início (CAAE número 64152417.8.0000.5469 com parecer de número 1.940.160).

No primeiro encontro do grupo foram distribuídas duas vias do TCLE (Anexo 5). O documento foi lido pelo coordenador em voz alta, tendo como finalidade esclarecer aos participantes os objetivos, desenho metodológico da pesquisa e registrar o consentimento em participarem, se assim desejassem. Nenhum dos presentes se opôs em participar da pesquisa e, após assinatura em duas vias, uma delas foi arquivada pelo coordenador e a outra ficou com cada um dos trabalhadores doravante denominados participantes da pesquisa-intervenção.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em dois tópicos. No primeiro, (5.1) é realizada a apresentação e análise do conteúdo dos grupos de reflexão em saúde mental e no segundo (5.2) é feita a apresentação e análise do conteúdo do grupo final com caráter avaliativo.

Cada tópico é iniciado por quadro esquemático (Quadro 1 e Quadro 2) contendo os eixos temáticos e as categorias que compõem a totalidade dos conteúdos extraídos dos resultados dos grupos.

Como exemplificação dos eixos de análise e das categorias elegidas, são apresentados trechos ilustrativos que melhor representam o sentido atribuído à categorização final. Por essa razão, foram privilegiados neste trabalho os núcleos de sentido de cada categoria, não sendo contempladas as intervenções prévias ou posteriores realizadas pelo coordenador.

5.1 GRUPOS DE REFLEXÃO EM SAÚDE MENTAL

Após análise de conteúdo dos grupos de reflexão foram estabelecidos os seguintes eixos temáticos: político-institucional; ideológico-cultural; afetivo-emocional; cognitivo-relacional; habilidades-attitudes.

A seguir, apresenta-se o Quadro 1, contendo os eixos temáticos e as categorias dos grupos de reflexão e, após, as definições e ilustrações das categorias. Logo após o Quadro 1 são apresentadas as definições e as categorias de conteúdo dos grupos de reflexão.

Quadro 1. Categorização do conteúdo dos grupos de reflexão

Eixos Temáticos					
	Político-institucional	Ideológico-cultural	Afetivo-emocional	Cognitivo-relacional	Habilidades-attitudes
C a t e g o r i a s	Compreensão parcial das Políticas Públicas em Saúde Mental	Visão organicista	Medo do contato; medo de se misturar	Divergências de expectativas entre trabalhador de saúde e população	Acolhimento
	Fragmentação do cuidado				
	Recursos humanos internos, financeiros e materiais insuficientes	Lógica manicomial	Impotência	Rejeição da população das propostas terapêuticas	Experiência positiva prévia de manejo com casos ou situações de transtorno mental
	Processos de trabalho pouco eficientes	Visão de saúde mental representada apenas por casos de transtornos mentais			
	Ineficácia na comunicação interinstitucional	Estigmatização do doente ou da doença mental	Prazer	Tensão nas relações entre trabalhadores e usuários	
	Valorização do trabalho em parceria intersetorial, em rede e matriciamento				
	Quebra do fluxo ou desqualificação do trabalho em rede	Importância atribuída ao papel da família	Insuficiência de recursos emocionais para lidar com o sofrimento	Desqualificação do sofrimento do usuário pela comparação com os próprios sofrimentos ou passividade diante dos mesmos	Fragilidade da equipe devido à ausência de suporte técnico
	Participação dos gestores nas redes de saúde e necessidade de reorganização do trabalho em rede				

5.1.1 Eixo Temático Político-institucional

Esse eixo temático reúne elementos do discurso que indicam como os trabalhadores identificam os arranjos do sistema de saúde no qual estão inseridos, na esfera proximal, aqui compreendido como contexto institucional, e na esfera distal, compreendido como contexto político. Incluem-se no eixo temático o modo como a equipe gerencia as práticas em SM no cotidiano de trabalho, seja na própria USF, na relação com outros setores ou no território, enfatizando os processos de trabalho. Entende-se por processos de trabalho tanto os fluxos horizontais (relações entre trabalhadores) quanto fluxos verticais (relações envolvendo hierarquia), bem como aqueles que envolvem relações intersetoriais. Derivaram-se desse eixo temático as seguintes categorias: compreensão parcial das políticas públicas em Saúde Mental; fragmentação do cuidado; recursos humanos internos, financeiros e materiais insuficientes; processos de trabalho pouco eficientes; ineficácia na comunicação interinstitucional; valorização do trabalho em parceria intersetorial, em rede e matriciamento; quebra do fluxo ou desqualificação do trabalho em rede; participação dos gestores nas redes de saúde e necessidade de reorganização do trabalho em rede.

Categorias do eixo político-institucional

Compreensão parcial das Políticas Públicas em Saúde Mental: foram comentários a respeito de ideias, iniciativas e experiências em SM relacionadas às preconizadas pela Política de SM, pressupondo a participação dos usuários, em rede de saúde e por meio de ações intersetoriais. Referem-se ainda à compreensão parcial das Políticas Públicas de SM quanto às legislações vigentes e descentralização da SM.

A gente ia fazer um trabalho junto com o CAPS (referindo-se ao projeto não implantado de Redução de Danos), junto com o psiquiatra, com psicólogo (das UBS); a gente iria amarrar todas essas áreas pra fazer essa Redução de Danos, mas precisaria aprovação para deixar a gente entender os outros setores (intersectorialidade). (ACS, 4ª sessão)

...essa Política de Redução de Danos começou na Inglaterra, no início do século passado. Tinha um hospital onde os enfermeiros e os médicos viam um monte de 'drogados' num bairro próximo, então eles não podiam chegar com a camisa de força e prender todo mundo. Então começaram a distribuir a droga dentro do hospital. As pessoas iam no hospital como se fosse um ponto de drogas mesmo, só que eles davam condição da pessoa tomar banho, tomar medicamento, conversar, expor as coisas e ali eles eram 'resgatados'. Você não está nem incentivando e nem reprimindo, você está reduzindo. (ACS, 4ª sessão)

Fragmentação do cuidado: foram os comentários que refletiam fragmentação do cuidado em SM, falta de integralidade, tanto na relação entre os trabalhadores quanto entre os serviços da rede de saúde.

Ah não! Eu só faço gengiva, sou especialista em gengiva e nem olho pro paciente! - Mas eu não sei se o paciente está bem, se ele não está, o

que ele está passando em casa, quais são os problemas que ele tem. (Cirurgião dentista, 4ª sessão)

Acredito que algum Benefício (inclusão em programa social) ele poderia ter. Uma fonte de renda não iria curá-lo, mas às vezes a gente fala que o paciente não toma medicamento, mas muitas vezes eles não têm condições de comprar: alguns medicamentos não tem no município! Aí, passa o medicamento, a família não tem condição de comprar. E vai levando, vai empurrando com a barriga. (ACS, 3ª sessão)

Recursos humanos internos, financeiros e materiais insuficientes: os trabalhadores queixaram-se da insuficiência de recursos humanos na Unidade de Saúde ou sugeriram insuficiência de recursos financeiros ou a má utilização dos mesmos, bem como recursos materiais insuficientes para a realização do trabalho.

Queremos criar grupos, mas, com uma enfermeira só atendendo? Precisa de quarenta Agentes Comunitários de Saúde e temos quatorze, quinze. O Secretário de Saúde diz que estão cortando custos e que tem que arrumar a casa, só que eu acho que sem funcionários não têm como arrumar: vai continuar desorganizada! (ACS, 1ª. sessão)

Eu também tenho problemas de dor nos meus pacientes, que muitas vezes a rede não oferece o anestésico mais eficaz, mais correto para cuidar daquele sofrimento. Então, às vezes, eu compro (...) e me causa constrangimento. Mas a

gente tem que abrir essa discussão, é melhoria para população, a gente precisa começar a não ter vergonha de conversar sobre os problemas...
(Cirurgião dentista, 4ª sessão)

Processos de trabalho pouco eficientes: refere-se a elementos que demonstravam falhas, eficiência relativa, insuficiência ou desconhecimento dos processos de trabalho de que participavam, cujos exemplos demonstram processos de trabalho pouco estruturados e de questionável eficiência.

Uma pessoa que entra para ser coordenadora de toda uma categoria e não sabe que o Governo libera uma verba? Poxa! Isso sai no Diário Oficial! (ACS, 4ª sessão)

A gente trouxe a mãe aqui - e eu quase perdi a minha cabeça por causa disso, mas tudo bem! - e ela veio sem o paciente. O doutor que atendeu ficou muito bravo! Disse que não poderia dar um relato de uma coisa se o paciente não estava aqui (...) acabei levando a culpa sozinho, sendo que não esquematizei tudo, mas tudo bem. (ACS, 3ª sessão)

Ineficácia na comunicação interinstitucional: trataram-se de manifestações que expressavam a concepção dos trabalhadores de saúde quanto à comunicação não eficaz, tanto no âmbito proximal (interno, entre a própria equipe) quanto distal (externo, intersetorial).

Às vezes tem informação que, se você não for atrás pra passar para o paciente, não tem ninguém que nos respalda com relação a isso! (ACS, 2ª sessão)

Houve uma falha de equipe e de comunicação muito grande na verdade! Foi muito grande! Porque sabia-se já que era possível que o paciente não viesse. Chegaram na sala do médico 'ó atende!' Aí o médico não viu o paciente e nem entendeu o porquê da ausência. (ACS, 3ª sessão)

Valorização do trabalho em parceria intersetorial, em rede e matriciamento: expressões que denotavam o reconhecimento do trabalho em rede, necessidade de ações de matriciamento em saúde, valorização do trabalho em rede intersetorial e interdisciplinar.

São problemas sociais, problemas familiares: coisas que, com matriciamento, com outras parcerias, daria para resolver, mas fica parado. São casos que envolvem, por exemplo, Conselho do Idoso, Conselho Tutelar... (ACS, 1ª sessão)

A gente depende um do outro e desse matriciamento (referindo-se a um dos assuntos abordados). (ACS, 2ª sessão)

Quebra do fluxo ou desqualificação do trabalho em rede: tratou-se de situações em que o trabalho em rede foi desqualificado, não valorizado, nas quais vias de contatos não oficiais foram privilegiadas no fluxo da rede de atenção à saúde.

Mas esse cara não está constrangido de entrar por trás da fila, de pedir para dar um jeitinho? (menção a um fluxo não seguido pelo usuário) Nós temos que inverter isso! (Cirurgião dentista, 4ª sessão)

'Essa guia eu não preciso mais' - olha a cara de pau dele - 'Eu consegui o telefone da Secretária, coisa que nem os funcionários têm, eu tenho o whatsapp dela e já me agilizou a consulta'. (ACS, 4ª sessão)

Participação dos gestores nas redes de saúde e necessidade de reorganização do trabalho em rede: tratou-se de afirmações que convergiram para o papel dos gestores na formação e consolidação das redes de saúde. A maioria dos comentários referiram-se às ações integradas como algo positivo.

Os gestores de saúde precisam estar mais presentes, mais próximos, para que as ações sejam mais integradas. Assim, a gente vai começar a ter um modelo de atenção - seja em saúde mental, seja em saúde bucal - mais discutido. Quem participa? Olha quantas pessoas estão nessa sala discutindo uma coisa que é essencial! Discutir a integralidade da pessoa... (Cirurgião dentista, 4ª sessão)

O projeto (Redução de Danos, escrito na formação 'Caminhos do Cuidado') só ficou parado por um motivo: não tivemos retorno lá

da gestão (Secretário de Saúde), só isso, mais nada... (ACS, 5ª sessão)

5.1.2 Eixo Temático Ideológico-cultural

Nesse eixo temático incluem-se diferentes concepções de saúde e doença mental, reflexões sobre cuidados e estigma em SM principalmente quanto à gravidade apresentada dos transtornos mentais e expectativas em relação ao papel dos familiares. Decorrentes deste eixo temático foram extraídas as categorias nos grupos de reflexão: visão organicista; lógica manicomial; visão de saúde mental representada apenas por casos de transtornos mentais graves; estigmatização do doente ou da doença mental; importância atribuída ao papel da família.

Categorias de cunho ideológico-cultural

Visão organicista: a categoria tratou de comentários e de ideias apoiadas na visão de que o cuidado em saúde mental estaria intimamente relacionado à consulta médica ambulatorial tradicional, com prescrição de medicamentos psicotrópicos.

Porque assim que ele voltar a começar a tomar esses medicamentos eu acho que ele não vai ficar andando na rua que nem um doido... (ACS, 3ª sessão)

O Psiquiatra fala que a pessoa precisa ser acompanhada mensalmente, a cada dois meses. Passa numa consulta em setembro de um ano e vai retornar em maio do próximo ano. Nesse meio tempo

o paciente vem aqui (USF) porque precisa trocar a receita - porque é um remédio controlado - mas depende muito se o Clínico vai querer trocar ou não essa receita. Muitos pacientes ficam sem o medicamento. Então encaminhamos para o 'Neuro'. (ACS, 1ª sessão)

Lógica manicomial: nessa categoria incluíram-se comentários que reduziram o cuidado em saúde mental à internação psiquiátrica. Foram referidas medidas de contenção físico-químicas como manejo das situações de crise.

Teve que ser à força: pegar, segurar e levar ao Pronto Socorro! (ACS, 3ª sessão)

Eu tenho um paciente que teve depressão e ele não queria de jeito algum fazer tratamento, a família pegou e levou ele (Pronto Socorro), enfiou dentro do carro, juntaram três homens, colocaram no carro, foram pra Psiquiatria e hoje em dia ele está normal. Tem situações que eu acredito que tem que ter atitude assim na Saúde Mental (uso da força física). (ACS, 3ª. sessão)

Visão de saúde mental representada apenas por casos de transtornos mentais graves: são ideias e crenças de existência de apenas casos graves na área de SM. Foram identificados como problemas, situações, casos ou manifestações de sintomas de maior gravidade.

Aqui (USF) a gente não teve caso leve. Sempre tem 'bomba' que acontece no nosso dia a dia; a gente

visita as famílias e vê de tudo! Casos de pessoas que se mataram, que tiraram a vida no próprio bairro. (ACS, 2^a. sessão)

A gente não tá acostumado a lidar com esse problema específico (doença mental). Talvez por isso a gente tenha essa percepção de não ser leve. Poxa, a gente fica impressionado! (ACS, 2^a. sessão)

Estigmatização do doente ou da doença mental: referiram-se a crenças de que o doente mental necessitaria de cuidados intensivos constantemente, que seria potencialmente agressivo e que faria más escolhas deliberadamente para si.

Acredito que a pessoa que tem problemas psiquiátricos, psicológicos, sempre vai precisar de um acompanhamento (referindo-se a tratamento contínuo e intermitente). (ACS, 1^a sessão)

Quando é drogado, a gente pensa que o cara é um safado, que usa drogas porque quer! (...) Talvez esse foi um dos pontos que deixou a gente chocado no curso (referindo-se à formação 'Caminhos do Cuidado') (ACS, 5^a sessão)

Importância atribuída ao papel da família: essa categoria expressou a importância dos familiares no cuidado à pessoa com transtornos mentais, sugerindo que a eles competiriam os papéis de responsáveis, de provedores de cuidados mínimos e de continência afetiva. Referiu-se, também, à ideia de que os familiares deveriam antever situações de crises em saúde mental.

Quando eles (pessoas com transtornos mentais) estão começando a desenvolver algum problema psicológico, psiquiátrico, a família finge que não vê. Acho que se espera muito pra poder chegar a um caso assim mesmo, às vezes não seria um caso tão extremo se fosse observado antes pela família. (ACS, 3ª sessão)

(...) da mesma forma que teve um caso resolvido e a família ajudou muito uma vez que abraçou o caso. (ACS, 3ª sessão)

5.1.3 Eixo Temático Afetivo-emocional

Nesse eixo temático foram incluídos conteúdos que refletissem os sentimentos mobilizados nos trabalhadores de saúde em relação aos usuários e familiares, à equipe e ao próprio trabalho cotidiano. Como categorias foram nomeadas nos grupos de reflexão: medo do contato, medo de se misturar; impotência; prazer; insuficiência de recursos emocionais para lidar com o sofrimento.

Categorias de cunho afetivo-emocional

Medo do contato, medo de se misturar: referiu-se ao temor de envolvimento e aproximação do contato com a pessoa em sofrimento mental, assim como dificuldade de discernimento entre as próprias dificuldades e as dos usuários, visto que algumas problemáticas são semelhantes.

Eu tenho medo desses pacientes da Saúde Mental! (ACS, 2ª sessão)

Dependendo do problema (de saúde do usuário) eu vou chorar com a pessoa também! (ACS, 2ª sessão)

Impotência: referiu-se à expressão de sentimentos de impossibilidade de agir em determinadas situações, podendo gerar raiva, descrença, desamparo.

Fui em uma casa fazer visita e a criança estava tomando água de arroz! Eu fiquei com tanta raiva, tão indignada! É tanta burocracia! E só precisavam (menção a processos internos da Administração) adiantar do processo uma ou duas latas de leite porque o pai da criança iria receber o salário no próximo final da semana. (ACS, 4ª sessão)

Eu fico frustrada quando vou pra rua, tento ajudar o paciente, tento resolver, chega aqui já sei que não vou conseguir e no mês seguinte vou ter que estar na porta dele de novo! E ele vai me receber e falar 'Olha lá, o pessoal da Prefeitura, já vem encher o saco!' (ACS, 1ª sessão)

Prazer: a categoria expressou satisfação e alegria relacionadas ao trabalho. Nota: único sentimento positivo detectado nos grupos de reflexão.

A gente se sente feliz, apesar de todo trabalho, de toda dificuldade que a gente tem na Prefeitura a gente consegue vivenciar uma situação do prazer de poder servir. (Cirurgião dentista, 4ª sessão)

Insuficiência de recursos emocionais para lidar com o sofrimento: tratou-se de relatos que se referiram à falta de recursos emocionais para o enfrentamento das demandas dos usuários do serviço no cotidiano de trabalho.

A pessoa conta uma história, você olha para a cara dela, vê que está sofrendo, você tem vontade de dar um tapa na cara dela para que ela acorde! (ACS, 2ª sessão)

Quando tem que lidar com a dor (física) a gente já sabe lidar com aquilo, mas acontecem muitos casos (fala rindo) de o paciente ser um peso para a família. Se a própria família fala 'Meu Deus do céu, vai logo! Vai com Deus!' (ACS, 1ª sessão)

5.1.4 Eixo Temático Cognitivo-relacional

Foram incluídos neste eixo temático conteúdos que demonstravam como os trabalhadores se relacionavam com os usuários, seja na própria USF ou no território e, a partir dessa relação, justificam racionalmente os comportamentos observados da equipe de saúde ou dos usuários. De um modo geral, apontaram vínculos não construídos, não explorados, cujas relações são baseadas na comunicação pouco eficiente. Do eixo temático

cognitivo-relacional foram derivadas as categorias: divergências de expectativas entre trabalhador de saúde e população; rejeição da população das propostas terapêuticas; tensão nas relações entre trabalhadores e usuários; desqualificação do sofrimento do usuário pela comparação com os próprios sofrimentos ou passividade diante dos mesmos.

Categorias de cunho cognitivo-relacional

Divergências de expectativas entre trabalhador de saúde e população: tratou-se de comentários de situações nas quais se observou divergências de opiniões ou comportamentais entre trabalhador de saúde e a população, demonstrado por uma vontade de imposição de regras e protocolos à população visando mudanças de comportamento dos usuários.

A gente não aceita as pessoas como são. É natural a gente comparar, julgar; e já que a gente não aceita, tem um desejo de querer mudá-las. (ACS, 2ª sessão)

Às vezes a gente atende uma família com problema financeiro, com dez filhos e a mulher engravida de novo. Daí a gente fala 'Nossa mas que mulher louca! Vamos tirar o útero, vamos operar!' (ACS, 5ª sessão)

Rejeição da população das propostas terapêuticas: tratou-se de conteúdos que expressavam rejeição parcial ou total da população diante das práticas da equipe de saúde.

Nesse negócio de redução de danos, a gente vai ter que lidar com a família também. Você vai chegar numa casa de evangélico e ele vai dizer que está orando, pedindo que o familiar dele pare de usar drogas (marcando oposição à lógica da Redução de Danos). (ACS, 4ª sessão)

Porque, se eu chegar na paciente, e falar assim: 'Olha, você procura um psicólogo pra tentar te ajudar, ela não vai...' (ACS, 3ª sessão)

Tensão nas relações entre trabalhadores e usuários: tratou-se de relatos de cenas ocorridas na Unidade de Saúde ou no território que caracterizavam oposição ou distanciamento nas relações existentes entre trabalhadores e usuários do serviço.

É paciente querendo bater em funcionário, querendo pular para dentro da Farmácia; é funcionário que já está esgotado emocionalmente; e o que é que a gente faz? Chama a enfermeira! Sem segurança para os funcionários, os pacientes querendo bater, nós temos uma barreira pra não nos alcançarem, mas o paciente pula pra cima do funcionário, vai puxando e a gente vai se virando do jeito que dá. (ACS, 1ª sessão)

Chega aqui (USF) o paciente já está surtando, quando chega aqui já está surtando! (ênfase marcando a tensão do cotidiano de trabalho) (ACS, 1ª sessão)

Desqualificação do sofrimento do usuário pela comparação com os próprios sofrimentos ou passividade diante dos mesmos: tratou-se da desqualificação do sofrimento mental ou da desconsideração do sofrimento mental como fonte geradora de potencial sofrimento. Denotou, ainda, omissão de ação do trabalhador diante do que qualificou como sofrimento mental.

Às vezes para mim não é nada e eu falo 'Meu, existe coisa pior! Eu já passei por coisa pior! Você está chorando por quê?' (ACS, 2ª sessão)

Você não chega a passar ao paciente ou à família o que você acha. A gente não tem o direito de entrar na vida deles. Quando era Agente Comunitária, só escutava o que o paciente tinha a falar. Às vezes eu pensava que poderia ser diferente, mas estava ali só para escutar, para ouvir. Eu não podia me manifestar (passividade). (Técnico de enfermagem, 2ª sessão)

5.1.5 Eixo Temático Habilidades-atitudes

Esse eixo temático retrata os recursos utilizados pelos trabalhadores, sejam eles apropriados ou não, no enfrentamento do sofrimento mental e na promoção da saúde mental. Para esse eixo temático foram discriminadas três categorias nos grupos de reflexão: acolhimento; experiência positiva prévia de manejo com casos ou situações de transtorno mental; fragilidade da equipe devido à ausência de suporte técnico.

Categorias que expressam habilidades-attitudes

Acolhimento: tratou-se de relatos de experiências de suporte, escuta, proximidade, sensibilidade ao sofrimento mental, humanização nas práticas de saúde em geral.

Às vezes os pacientes chegam tão deprimidos! É uma ferida que não fecha faz tempo! Aí você vai conversar, tentar colocar alguma coisa positiva na cabeça dele; já é um começo pra uma Saúde Mental. Então, eu acho que a gente já faz, todos nós fazemos, conversa, tenta mostrar o caminho mais positivo. (Técnico de enfermagem, 1^a. sessão)

A gente não fazia só na hora do trabalho, eu fazia na loja também, a gente orientava e conversava (adolescentes do bairro). Às vezes eles pediam seda (folha de papel) e a gente dava, sabendo que era para fumar maconha, mesmo assim a gente dava. Mas a gente sempre estava orientando... (proporcionar escuta e acolhimento) (ACS, 2^a sessão)

Aumenta minha demanda e responsabilidade, mas mesmo assim eu ligo para o paciente depois que ele faz a biópsia. 'Está doendo? Como é que o senhor está? Está bem?' 'Puxa doutor! Mas o senhor só me atendeu uma vez e está me ligando? Nossa, que legal! Está

preocupado comigo!’ (Cirurgião dentista, 4ª sessão)

Experiência positiva prévia de manejo com casos ou situações de transtorno mental: tratou-se de relatos de experiências positivas em saúde mental, vivências bem sucedidas de manejo com pessoas com transtornos mentais.

Eu tenho uma maneira de lidar com paciente esquizofrênico diferente. Por quê? Porque meu pai era psiquiatra, participou ativamente da luta antimanicomial, eu ouvia isso em casa. (Cirurgião dentista, 4ª sessão)

Minha filha chegou me perguntando se eu iria julgá-la. Disse que uma menina, menor aprendiz (colega de trabalho da filha) tirou da bolsa um cigarro de maconha. Ela ficou horrorizada! Imagina se eu iria julgá-la! Isso porque na empresa tem revista de funcionários na entrada! Na época que eu estudava a gente conhecia, eram apresentados todos os tipos de drogas na escola. (ACS, 4ª sessão)

Fragilidade da equipe devido à ausência de suporte técnico: foram apontadas dificuldades técnicas, deficiências, fragilidades, ausência de suporte técnico no que dizia respeito ao manejo do sofrimento mental e necessidades dos usuários.

Cada um trabalha com ferramentas que tem, que dá pra usar. As ferramentas que poderíamos ajudá-los (usuários) de uma forma correta a gente não tem. (ACS, 3ª sessão)

Entendemos Matriciamento como interagir dos saberes. No caso, seriam setores. Nós teríamos (tempo verbal indicativo do que equipe não têm) Matriciamento do CAPS, de outros locais. De psiquiatra, outros psicólogos. No curso ('Caminhos do Cuidado') frisaram bem isso, "Matriciamento entre setores" (...) e a gente receberia um retorno desses profissionais para atender esses pacientes (com transtornos mentais). (ACS, 1ª. sessão)

5.2 GRUPO FINAL COM CARÁTER AVALIATIVO

O grupo final com caráter avaliativo foi realizado um mês após o último encontro dos grupos de reflexão iniciais, tendo em vista que no último grupo de reflexão os participantes utilizaram o espaço reservado para a realização de uma festa de encerramento com temática junina.

Foram utilizados os mesmos eixos temáticos dos grupos de reflexão iniciais como organizadores da linha de pensamento. Como o objetivo do grupo final foi avaliar o trabalho realizado, entendeu-se que, ao agrupar as categorias de respostas nos mesmos eixos temáticos aos dos grupos de reflexão iniciais estabelecer-se-ia melhor compreensão, análise e avaliação, uma vez estando em uma mesma classe de respostas. Em outras palavras, poder-se-ia comparar o grupo com suas concepções iniciais e ao longo do processo com relação ao final do mesmo. Todavia, emergiram

categorias distintas, sendo que não apareceu categoria de respostas no eixo temático afetivo-emocional (Quadro 2).

Na sequência, são apresentadas as categorias de conteúdo do grupo final com caráter avaliativo.

Quadro 2. Categorização do conteúdo do grupo final com caráter avaliativo

Eixos Temáticos					
	Político-institucional	Ideológico-cultural	Afetivo-emocional	Cognitivo-relacional	Habilidades-attitudes
C a t e g o r i a s	Grupo de Reflexão comparado ao desenho inicial de matriciamento	Mudança de percepção do doente mental		Avaliação do coordenador	Aspectos positivos dos grupos de reflexão em Saúde Mental
					Aspectos negativos dos grupos de reflexão em Saúde Mental
	Relações com a rede de Saúde Mental	Expectativa em relação aos resultados terapêuticos			Importância do vínculo
					Aquisição de melhor manejo em Saúde Mental
	Sugestões de ações concretas de organização do trabalho	Concepção do que falta de boas práticas em Saúde Mental			Limitações do trabalho e dos trabalhadores
					Integração das práticas e das pessoas

5.2.1 Eixo Temático Político-institucional do Grupo Final com Caráter Avaliativo

Incluíram-se nesse eixo temático político-institucional (definição pág. 51): o modo como a equipe gerencia as práticas em saúde mental no cotidiano de trabalho, seja na própria USF, na relação com outros setores ou no território, enfatizando o processo de trabalho. No grupo final com caráter avaliativo foram discriminadas as seguintes categorias: grupo de reflexão comparado ao desenho inicial de matriciamento; relações com a rede de Saúde Mental; sugestões de ações concretas de organização do trabalho.

Categorias do eixo temático político-institucional do grupo final com caráter avaliativo

Grupo de Reflexão comparado ao desenho inicial de matriciamento: inicialmente esse trabalho foi pensado como um processo de matriciamento. No entanto, após análise e reflexão sobre o material, chegou-se à conclusão de que não se tratou de um matriciamento, tal como é entendido dentro dos parâmetros da Política de Saúde Mental e como fora pensado no projeto de pesquisa.

O matriciamento não acontece como a gente tinha pensado (resolução de problemas). Muitas vezes a gente passa pra frente as questões, mas pára ali, não tem retorno, não há continuidade... (ACS, 6ª. sessão)

O matriciamento dá esse entendimento: é possível trabalhar de uma forma mais aberta,

compreendendo os verdadeiros papéis.
(Cirurgião dentista, 6^a. sessão)

Relações com a Rede de Saúde Mental: são expressões do modo como a equipe reconhecia e se inseria na rede de SM, como participava e contribuía para torná-la mais ou menos ativa. Em geral, observaram-se comentários com noção de rede restritos a encaminhamentos e de cunho passivo.

Já encaminhei alguns pacientes pra psicoterapia (...) vou ficar atento a essa questão pra ver como é que essa questão da referência, contrarreferência, porque uma vez eu encaminhei, foi um pouco difícil pra conseguir chegar na psicoterapia. (Cirurgião dentista, 6^a. sessão)

Eu acho que faltam profissionais, por isso a aproximação não foi feita (com demais pontos da rede de atenção à Saúde Mental). Quando o paciente chega lá nem sempre tem profissionais para atender e o paciente volta para o Posto (USF), não tem um retorno. (ACS, 6^a. sessão)

Sugestões de ações concretas de organização do trabalho: referiram-se a comentários e conjecturas que sugeriram ações concretas e objetivas na organização do trabalho cotidiano das equipes de saúde.

Tem que juntar o gestor nessa roda pra discutir estratégias, pra gente melhorar o

acolhimento (...) Passa por um planejamento de recursos humanos (...) como é que você vai pensar numa coisa tão sutil, tão legal como essa (grupos de reflexão), acolhimento na Saúde Mental com essa estrutura arcaica, ultrapassada, 'politiqueira'? (...) o gestor não está preocupado, isso é que dói. Ele está preocupado se o sistema está alimentado. (Cirurgião dentista, 6ª. sessão)

Uma integração, um encontro com outros profissionais, com o funcionário, todos no mesmo objetivo. Eu não conheço os psicólogos (do município), eu não conheço o pessoal da Saúde Mental do município. Poderia haver mais convívio, uma apresentação, uma conversa, uma troca, um intercâmbio, sei lá. Podemos fazer um fluxo. E, se eu precisar de vocês (Saúde Mental) a gente faz essa troca de conversa que é muito legal e cria referência. (Cirurgião dentista, 6ª. sessão)

5.2.2 Eixo Temático Ideológico-cultural do Grupo Final com Caráter Avaliativo

Desse eixo temático ideológico-cultural (definição pág. 57) no grupo final com caráter avaliativo foram extraídas seguintes categorias: mudança de percepção do doente mental; expectativa em relação aos resultados terapêuticos; concepção do que falta de boas práticas em Saúde Mental.

Categorias do eixo ideológico-cultural do grupo final com caráter avaliativo

Mudança de percepção do doente mental: compreendeu expressões que frisaram a mudança significativa de percepção do doente mental após a realização dos grupos de reflexão.

É só uma tristeza que a pessoa está passando e nem tem necessidade de medicamento, de psicólogo. Ultimamente as pessoas não sabem conviver com a tristeza, acham que tudo é questão de tomar uma Sertralina, tomar um Diazepam. (Técnico de enfermagem, 6^a. sessão)

Agora eu brinco com os 'doidos', não fico mais correndo de medo (risos) ontem um até cantou pra mim, chamou a gente (equipe da USF) pra ir pra Peruíbe, falou que ia fazer um churrasco lá... (ACS, 6^a. sessão)

Hoje eu percebo que tem distinção sim, nem todos são agressivos. Talvez por nunca ter convivido com pessoas assim, achava que eles partiam para agressividade. Hoje noto que uns podem até ser divertidos [risos] a gente interage, consegue transmitir afeto, dar atenção e ela não vai ser uma pessoa agressiva. (ACS, 6^a. sessão)

Expectativa em relação aos resultados terapêuticos: nessa categoria foram reunidos comentários sobre a expectativa dos trabalhadores de saúde quanto aos resultados terapêuticos

esperados. Entendeu-se como resultados terapêuticos mudanças comportamentais, mudanças no estilo de vida dos usuários, adoção das orientações da equipe de saúde parcial ou integralmente, tanto na SM quanto na saúde de um modo geral.

A gente consegue ajudar até uma parte, dali em diante é o paciente e a família. Muitas vezes não vai pra frente por causa disso...
(ACS, 6^a. sessão)

A gente não sabe onde vai chegar, que rumo que vai tomar, o que é que vai melhorar. A maioria de nós aqui tem isso dentro de si: eu preciso, eu vou fazer, eu vou me dedicar, eu vou ajudar, mas eu quero ver resultado!
(ACS, 6^a. sessão)

Concepção do que falta de boas práticas em Saúde Mental: foram agrupadas falas que expressaram a concepção da falta de práticas adequadas, alinhadas com pressupostos atuais dos cuidados em Saúde Mental.

Principalmente nos tempo de hoje, ou é medicação ou é psicólogo. Ninguém está querendo lidar com suas próprias frustrações. (Técnico de enfermagem, 6^a. sessão)

As pessoas perderam a capacidade de lidar com o sofrimento... (ACS, 6^a. sessão)

5.2.3 Eixo Temático Afetivo-emocional do Grupo Final com Caráter Avaliativo: sem Expressão de Conteúdo.

5.2.4 Eixo Temático Cognitivo-relacional do Grupo Final com Caráter Avaliativo

Do eixo temático cognitivo-relacional (definição pág. 62) no grupo final com caráter avaliativo foi derivada a categoria denominada 'avaliação do coordenador' no grupo final.

Categorias do eixo temático cognitivo-relacional do grupo final com caráter avaliativo

Avaliação do coordenador: trataram-se de comentários acerca do coordenador dos grupos, do método de trabalho e da condução dos grupos, das interferências realizadas, da relação e do vínculo estabelecido entre equipe da USF e coordenador.

É uma visão que está compartilhando com a gente e ao mesmo tempo tem essa capacidade de estimular - que nós possamos descobrir dentro de nós - coisas que muitas vezes são tão claras e nítidas mas a gente não consegue enxergar. É interessante essa provocação - a gente acaba acordando. (Cirurgião dentista, 6^a. sessão)

Gostei! O fato de nos levar a pensar e nos respeitar, e sempre colocar que não existe o certo e o errado, e que existem diferenças.

Eu achei muito legal você (coordenador) colocar assim porque é uma forma de respeitar e de mostrar o quanto temos que respeitar o próximo, que tem outras opções, outras opiniões, que não é só o que a gente pensa. E também o fato de não impor, de que tem que ser daquele jeito, daquela maneira, também achei muito interessante. (ACS, 6^a. sessão)

5.2.5 Eixo Temático Envolvendo Habilidades-atitudes do Grupo Final com Caráter Avaliativo

Do eixo temático habilidades-atitudes (definição pág. 65) no grupo final com caráter avaliativo foram extraídas as seguintes categorias no grupo final: aspectos positivos dos grupos de reflexão; aspectos negativos dos grupos de reflexão; importância do vínculo; aquisição de melhor manejo em Saúde Mental; limitações do trabalho e dos trabalhadores; integração das práticas e das pessoas.

Categorias que expressam habilidades-atitudes do grupo final com caráter avaliativo

Aspectos positivos dos grupos de reflexão em Saúde Mental: referiram-se a comentários favoráveis sobre os grupos realizados, cujos resultados, tanto nas práticas cotidianas quanto nas habilidades profissionais, seja na compreensão da problemática da doença mental e na promoção da saúde mental, obtiveram consequências positivas.

Olha como as coisas são interessantes: despertou na colega a capacidade de ouvir mais os pacientes e em mim a capacidade de ouvir menos! [risos] Eu escuto demais - o paciente começa a desabafar e às vezes eu fico numa casa o dia inteiro! (ACS, 6ª. sessão)

Eu reconheci o 'sentimento' de que a gente não é responsável por tudo. Pra mim foi ótimo porque em alguns momentos eu queria sanar o problema das pessoas, ter controle de 'estar resolvendo'; e nisso as conversas me ajudaram bastante, de perceber que nem tudo a gente tem toda aquela responsabilidade, aquele controle. (ACS, 6ª. sessão)

Algumas vezes eu comprava o anestésico de maior qualidade e lembro que você me falou uma vez 'Será que é correto você comprar o insumo?' Aquilo me marcou e fui refletir pois me incomodava. Gastava de quinhentos a mil reais a cada semestre com anestésicos. Agora o gestor está trazendo esses anestésicos pra mim, após dialogar com ele! (Cirurgião dentista, 6ª. sessão)

Aspectos negativos dos grupos de reflexão em Saúde Mental: trataram-se de comentários de resultados desfavoráveis decorrentes das participações dos grupos em relação às práticas cotidianas, às habilidades profissionais, à compreensão da problemática da doença mental e à promoção da saúde mental.

Eu não sei separar o profissional do pessoal, do vínculo. Cada discussão (grupos de reflexão) vinha uma situação em mente e aquilo criava um bloqueio, então não consegui absorver muita coisa (...) Não que eu não quisesse absorver, mas quem sabe lá na frente? (...) Minha referência de trabalho (ruas pré-determinadas) tem muitos casos complicados e isso (reflexões) acabou mexendo muito comigo... (ACS, 6ª. sessão)

Eu fiquei meio confusa, tem coisas que eu não consegui entender (grupos de reflexão). Não sei qual foi o objetivo, o que a gente pode 'estar fazendo' a partir disso, se vai mudar alguma coisa nesse setor (USF). (ACS, 6ª. sessão)

Importância do vínculo: foram comentários que marcaram a necessidade do vínculo entre trabalhadores e usuários de saúde.

A gente não conhece (o usuário), a gente tem que criar o vínculo. Acho que uma Unidade de Saúde tem que criar vínculo com a comunidade. (...) É preciso entrar na casa - não no sentido de entrar fisicamente -, mas entrar na vida do paciente. (Cirurgião dentista, 6ª. sessão)

'Olha, eu não posso te ajudar agora, mas venha daqui uma semana que eu tento te ajudar' e eu ajudo. Então a pessoa tem um

vínculo com você, mesmo você negando (atendimento). 'Hoje não dá para marcar, amanhã você vem e a gente marca', e marca! Você tem que ter compromisso, é o compromisso da seriedade com aquela pessoa. (Cirurgião dentista, 6^a. sessão)

Aquisição de melhor manejo em Saúde Mental: trataram-se de comentários sobre as aquisições com relação ao melhor manejo das situações cotidianas e dos casos de saúde mental ao longo dos grupos de reflexão.

Minha paciência agora está um pouquinho maior; eu já ouvia, mas agora eu espero a pessoa terminar, eu não interrompo. (Técnico de enfermagem, 6^a. sessão)

A pessoa começa a xingar e brigar com todo mundo e quem estiver ali deve ter a sensibilidade de puxar esse paciente 'Vem cá, vamos conversar, o que é que você está precisando? O que é que está acontecendo com você?' (Cirurgião dentista, 6^a. sessão)

Limitações do trabalho e dos trabalhadores: foram comentários que apontaram o reconhecimento das limitações tanto do trabalho em si quanto dos usuários e dos trabalhadores.

Por isso que eu acho legal essas conversas sobre a limitação e o que não é limitação no âmbito mental, sobre o que a gente pode ajudar, o que a gente está errando; essas

*são estratégias do trabalhador de saúde.
(Cirurgião dentista, 6^a. sessão)*

*Fez a gente enxergar (coordenador dos grupos) que não vamos resolver tudo. Ficou claro que o usuário também precisa se ajudar, que a gente não vai ter uma varinha de condão e a pessoa vai ficar bem. Não, não é assim.
(ACS, 6^a. sessão)*

Tem coisas que a gente não consegue resolver tudo, a gente faz o que pode, o máximo, só que também não pode levar o problema do serviço pra casa... não dá! (Técnico de enfermagem, 6^a. sessão)

A gente gera esse sentimento como se a gente tivesse controle da vida, como se pudesse evitar que a pessoa falecesse 'Ah, se tivesse conseguido um tratamento em outro lugar' principalmente quando a gente cria vínculo. Mas a gente não tem esse controle, por isso que eu disse, com as conversas daqui, ficou muito claro que a gente tem que separar as coisas, a gente não tem o controle de tudo. (ACS, 6^a. sessão)

Integração das práticas e das pessoas: referiram-se a comentários que expressaram a necessidade de integração dos saberes e práticas dos profissionais de saúde e integração dos usuários com sofrimento psíquico ao serviço.

Eu mexo com dor e boca o dia inteiro, sofrimento objetivo. E o sofrimento das perdas, como é que a gente vai lidar com isso? Sou dentista, será que não posso colaborar? Será que vocês (demais participantes) não podem colaborar com a Odontologia também, não podem colaborar com a Psicologia e a gente vai fazendo essa interface, todo mundo? (Cirurgião dentista, 6^a. sessão)

O tratamento depende de regionalização. Quanto às minhas práticas, acho que a gente tem que tentar, na medida do possível, integrar o doente mental. (Cirurgião dentista, 6^a. sessão)

6 DISCUSSÃO

O trabalho com os grupos de reflexão em SM possibilitou, apesar do caráter exploratório e de ser uma experiência localizada em uma única Unidade de Saúde, discussões em torno do objeto de estudo, reflexões e novas percepções quanto ao cuidado em saúde mental, bem como suscitou elementos que extrapolaram a vivência dentro dos grupos, como exemplos a reflexão sobre as necessidades prévias diante de uma implantação de nova estratégia de cuidado em saúde e avaliação em saúde.

Os objetivos iniciais da pesquisa, bem como o delineamento metodológico se deram inicialmente nos moldes do que o MS estabelece como matriciamento em SM. No entanto, no decorrer das atividades realizadas, agora nomeadas como grupos de reflexão em SM, e dadas as características de como a SM está estruturada no município, readequou-se a pesquisa na medida em que o processo ocorrido não pôde ser considerado como matriciamento tal como delineado pela Política de Saúde Mental vigente⁶ (BRASIL, 2001). No matriciamento, os processos de trabalho são regulados pela relação terapêutica, de modo que as equipes de referência são as responsáveis pelo acompanhamento longitudinal de cada caso, seja individual ou coletivo (CAMPOS, 1999). Ademais, no matriciamento estão envolvidas atividades de elaboração, efetivação e acompanhamento dos PTS, compreendidos como propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou para um coletivo, que resultam da discussão de uma equipe interdisciplinar (MS, 2010). Num contexto mais abrangente, o presente trabalho também não pôde ser considerado como objeto de EPS entendendo que não compõe política municipal tampouco estadual, assim como não está voltado para a gestão de projetos nos próprios serviços (MS 2009). Contudo, observaram-se algumas

⁶ Não foram consideradas nesta pesquisa as atualizações contidas na Resolução n.º 32 de 14 dezembro de 2017.

semelhanças dos ideais de matriciamento e da EPS com o processo de trabalho realizado, tendo em vista que os grupos de reflexão foram incentivados a realizar ações semelhantes às aquelas realizadas em uma estratégia de matriciamento. O processo foi conduzido de tal forma a acolher e discutir as demandas e necessidades espontâneas do grupo. Adotou-se, assim, como referencial os grupos de reflexão (ZIMERMAN, 2002; FERNANDES 2003a).

Como afirma FERNANDES (2000b), o grupo de reflexão com finalidade operativa e não terapêutica tem como característica o fato de o coordenador representar a instituição. Assim, pode-se compreender por quê somente na terceira ou quarta sessão do grupo tenha ficado claro que os cafés promovidos pelo coordenador eram iniciativa do pesquisador e não custeados pela Secretaria de Saúde.

Outro fato que merece reflexão foi a realização de uma festa, por iniciativa do grupo, no dia da última reunião prevista. Os participantes, embalados pelo clima de finalização do trabalho, associado às festividades juninas, optaram por unir as duas temáticas. No entanto, o evento tomou proporções tais que as reflexões em roda, como eram de costume, não aconteceram. Aventou-se a possibilidade de que tal fato poderia refletir alguma dificuldade em relação à finalização ou a algo que não pôde ser dito. Em virtude de a festa não ter permitido o fechamento do trabalho, propôs-se a realização de um grupo final com caráter avaliativo. É possível também que o grupo quisesse retribuir a gentileza do pesquisador ou, como destacado por uma das enfermeiras, havia tempos em que a equipe não estava tão próxima, animada com alguma festividade, sugerindo sinais positivos de saúde mental dos profissionais.

Inicialmente, os grupos demonstraram conteúdos de impotência - com respeito ao trabalho desenvolvido, ao relacionamento com a equipe, às relações intersetoriais e com os usuários de saúde, todos esses associados a sentimento de

frustração. Em linhas gerais, impotência e frustração foram motes recorrentes. No decorrer dos grupos uma única menção fugiu a esse padrão: um conteúdo de prazer e satisfação voltado ao exercício do serviço público. De modo mais detalhado, LOPES et al. (2012) descrevem em seus estudos achados referentes ao prazer, relacionando à possibilidade de o trabalhador ser reconhecido, de seu trabalho ser resolutivo, de laborar com os pares e de usar a criatividade no trabalho. No mesmo estudo os ACS estudados manifestaram vivências de prazer diante do reconhecimento da comunidade frente às manifestações de afeto, carinho e gratidão dos usuários pelo trabalho realizado.

FERNANDES (2000a) acredita que a grande dificuldade caracterizada pelos trabalhos de grupo de reflexão encontra-se no contato múltiplo, na impossibilidade de cada um ver o outro separadamente, pela característica de aspecto fusional conferida ao processo grupal, o qual, em primeira instância, gera angústia para, de acordo com FRANCO e VOLPE (2011), num segundo momento, os participantes se perceberem como indivíduos, separados dos demais. Como o ato de comunicar é difícil, o princípio de um grupo é geralmente marcado por queixas e idealizações. Ao coordenador compete ser continente das angústias do grupo, dos temores, das expectativas, visando à elaboração das crenças e lacunas estabelecidas, assim como também compete ao coordenador desempenhar figura de autoridade (FERNANDES, 2000b; FRANCO e VOLPE, 2011). A esse respeito observaram-se diversas falas sobre sentimentos negativos e angústias que o coordenador pôde compreender, validando as menções positivas atribuídas ao mesmo.

Observou-se que os participantes aparentemente percebiam que saúde mental não era integrante da saúde em geral. Porém, pode-se afirmar que todo problema de saúde é, também, um problema de saúde mental e toda saúde mental é uma produção de saúde, o que torna importante e necessária a integração da SM na AB (MS, 2003). Segundo PEREIRA (2000), a atuação da equipe de SF é extremamente vasta e plástica pelas diferentes demandas que

surgem dentro da comunidade, pelo tipo de relação construída com as equipes e as articulações com organismos e instituições sociais. Assim, o cuidado à saúde mental é considerado como uma das responsabilidades da ESF, já que muitas situações dessa natureza são experimentadas pelas famílias atendidas por essas equipes (PEREIRA, 2000).

Ainda sobre a cisão entre ações tradicionais da AB e aquelas de SM, um dos aspectos verificados foi a desqualificação do sofrimento mental do outro, como se a dor de outrem não mobilizasse responsabilidades e demandas de cuidado. De igual modo, os resultados sugerem que havia um desejo de que o doente mental e seu familiar ficassem longe da Unidade de Saúde, haja vista que a equipe tendia a delegar os cuidados a outras instâncias institucionais, à família da pessoa com transtorno mental e até, num retrocesso histórico, invocar manicômios de isolamento como soluções práticas.

Constatou-se, também, durante os grupos de reflexão, uma visão organicista da doença mental, atribuindo os cuidados em saúde mental predominantemente aos médicos, cuja formação histórica advém de uma cultura que segregava o doente mental, centralizava o poder hierárquico decisório no psiquiatra e o cuidado se baseava na remissão dos sintomas (FIORATI e SAEKI, 2012). Em outras palavras e corroborando com os achados de CABRAL e ALBUQUERQUE (2015), o doente mental é destinado a um lugar que não existe, às práticas antigas, às pessoas que não estão ali, que não são aqueles que discutem aquelas questões. E, semelhantemente aos achados de MELO et al. (2016), os grupos de reflexão reconhecem o doente mental como uma pessoa indesejada, cujos sintomas são amplificados, não havendo espaço para ver o sofrimento leve, já que todos são vistos como casos graves, causando danos físicos e materiais a si mesmos e aos outros.

No cotidiano do trabalho do SUS, observa-se que as ações de SM não têm espaço e atuação definida na AB, pois as solicitações são invariavelmente encaminhadas aos CAPS, responsáveis pelos

casos mais graves. Os casos leves, como por exemplo os relacionados às perdas de familiares (luto) ou conflitos no relacionamento familiar e/ou no trabalho são encaminhados para outros serviços públicos ou privados (MOURA e SILVA, 2015).

O trabalho desenvolvido não entrou em pauta de planejamento das Coordenações de Saúde da Família, de Saúde Mental e da Atenção Básica, embora tenha havido aprovação de todas as chefias mediatas e imediatas. Depois de aprovado, o projeto foi apresentado ao Coordenador de Saúde da Família, o qual conhecia pouco as ações de Saúde Mental na Atenção Básica e demandou ao pesquisador que oferecesse grupos de psicoterapia para os trabalhadores nas USF do município. A compreensão desse Coordenador, portanto, partia do pressuposto de que as dificuldades enfrentadas pelas ESF seriam de ordem psicológica e, portanto, de cunho pessoal, sem relacioná-las com os moldes de produção de saúde vigentes, com a constituição das redes de saúde do município, com os modos como os vínculos se dão com os usuários ou com necessidades técnico-pedagógicas das equipes. Tal compreensão traz entrave significativo aos avanços necessários para a implementação da Política de SM na AB, cujos laços precisam ser fortalecidos, premissa básica dos grupos de reflexão promovidos. Caso contrário, em situações nas quais a AB se vale da implementação da Política de SM ao incorporar seu modo de compreender e fazer saúde, observam-se menores custos ao sistema público, exercício do cuidado integral à saúde, melhores resultados no cuidado à saúde dos usuários, seja em sua singularidade ou em coletivos, além de estimular a prática de processos de trabalho mais eficazes, vindo ao encontro da saúde psíquica tanto dos usuários quanto dos trabalhadores (AMARAL, 1997; WHO, 2008; GAMA e ONOCKO-CAMPOS, 2009; MIELKE e OLCHOWSKY, 2010).

Muito embora a constatação de certa evitação às pessoas com transtorno mental e seus familiares, a equipe participante deste estudo havia elaborado um projeto orientado em prol da redução

de danos de álcool e outras drogas, escrito no curso "Caminhos do Cuidado" oferecido pelo Centro Formador de Pessoal para a Saúde (CEFOP) de Osasco e região realizado no ano de 2014, e, apesar de o projeto não demandar novos recursos humanos tampouco financeiros, atribuíam aos gestores as dificuldades de implantação e execução. Basicamente o projeto previa que empreendessem esforços na direção da Clínica Ampliada e na construção de PTS baseados na lógica da redução de danos, com maior envolvimento e articulação com a rede de saúde, em especial com a rede de SM. Para FIORATI e SAEKI (2012), o discurso dos trabalhadores reflete o conflito entre o idealizado e o realizado. Por mais que a ação assistencial na prática seja médico centrada, aquilo que é idealizado é projetado para um futuro provável, entretanto, virtual. Em outras palavras, a equipe redigiu um projeto sobre redução de danos, todavia não conseguiu colocá-lo em prática, restringindo-se à rotina assistencial.

A Portaria n.º 3.088 prevê, no tocante à lógica da redução de danos, ênfase em serviços de base territorial e comunitária, organização dos serviços em rede de atenção à saúde de modo regionalizado e estratégias de educação permanente. Descreve vários objetivos para a integralidade do cuidado na AB e aponta a UBS como um de seus componentes, sendo um dos objetivos a regulação e a organização das demandas e dos fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (MS, 2011b). Nesse sentido, a equipe, frustrada pela não implantação do projeto voltado à redução de danos, acreditava que parte da dificuldade encontrada se devesse à falta de apoio matricial. Segundo DIMENSTEIN et al. (2009) a Reforma Psiquiátrica não avançará se a AB não for incorporada ao processo, não sendo viável concentrar os esforços somente na rede substitutiva (DIMENSTEIN et al., 2009). Ora, se foi observado que a própria equipe se estruturava sob a lógica manicomial, via o doente mental como alguém perigoso e hostil, por consequência o cuidado oferecido poderia ser inadequado.

Nessa perspectiva, faz-se necessária, em uma primeira instância, a sensibilização dos profissionais por meio de grupos de reflexão semelhantes aos realizados neste estudo para auxiliá-los a lidar com as questões da saúde mental. Uma das estratégias tanto para incorporar a redução de danos quanto os cuidados em saúde mental seria a discussão de casos e dificuldades com uma equipe que dê apoio matricial.

Além disso, a literatura aponta que investir nos cuidados primários de saúde mental reduz o estigma e a discriminação, eliminando possíveis riscos de violações de direitos humanos, melhorando a percepção dos próprios usuários quanto seus distúrbios, bem como as percepções dos familiares, amigos, outros membros da comunidade e trabalhadores da saúde (WHO, 2008; CABRAL e ALBUQUERQUE, 2015). Desde as décadas de 70 e 80 a OMS reconhece a importância dos problemas de saúde mental, sua complexidade, multideterminação, bem como sua associação com o estigma e exclusão social, admitindo a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo somente de especialistas (WHO, 1984).

Muito embora a equipe tenha colocado como queixa a frustração e a impotência diante dos casos de doença mental e tenha apontado que os recursos humanos e materiais da Unidade de Saúde eram insuficientes, não mostrou que seria potente no território caso pudesse enxergar recursos emocionais internos que podem ser mobilizados na resolução de problemas. Depreende-se que a equipe se encontrava fragilizada e que para a superação de suas fragilidades seria necessário que pudesse refletir mais sobre suas práticas de saúde, tal como ocorreu no presente trabalho. Tais achados vem ao encontro com os de MELO et al. (2016), que também encontraram conteúdos de impotência em seus estudos, reconhecendo a necessidade de capacitações e de apoio técnico especializado. Esses autores sugerem, ainda, a consolidação de equipes de Consultório na Rua (CR) como dispositivo para potencializar o diagnóstico das situações de

risco no território e, assim, otimizar o planejamento do trabalho das equipes.

Haja vista os elementos destacados acima, frisa-se dos grupos de reflexão o conteúdo recorrente de comunicação ineficaz da equipe e de suas várias implicações no cotidiano do trabalho. O apontamento pressupõe uma necessidade de comunicação instantânea, subjacente à ideia de que é necessário um controle contínuo por meio da comunicação. Em outras palavras, é como se todos tivessem de saber tudo o tempo todo (SANTOS e CASTRO, 2011). Nessa lógica de controle, os trabalhadores aderem à ideia de que a produção de saúde se dá por meio do convencimento da população, com imposição de condutas terapêuticas e comportamentais, gerando, assim, tensão nas relações e retroalimentando a sensação de impotência e frustração.

Sabe-se, em contrapartida, que as equipes de trabalho não têm tempo nem espaço destinados a pensar seu fazer. Os trabalhadores são expostos a condições desfavoráveis de trabalho, à urgência do preenchimento das estatísticas, sendo-lhes negada a participação na gestão, ainda que estejam a todo o momento convocados a escolher e a decidir os rumos do trabalho (SANTOS e CASTRO, 2011). Paradoxos como esse também aparecem no reconhecimento e valorização do trabalho em rede de saúde, cuja noção aparece no grupo final, mesmo que ainda passiva e restrita aos encaminhamentos. FORSETLUND et al. (2009), em uma revisão sistemática, evidenciaram que reuniões apenas não são suficientemente eficazes a ponto de mudar comportamentos complexos. Porém, encontros regulares com finalidades educacionais, sejam isolados ou combinados com outras intervenções, podem melhorar a prática profissional e os cuidados oferecidos aos usuários dos serviços de saúde. A durabilidade do efeito, todavia, é mais provável de ser maior caso o procedimento seja realizado de modo contínuo.

Ao refletirem sobre os entraves para o enfrentamento das dificuldades implicadas nos casos de saúde mental, o grupo

apontou a insuficiência de recursos emocionais internos, bem como a incapacidade de reconhecer a eficiência nos processos de trabalho, apesar de reconhecerem a existência de algumas práticas humanizadas, como acolhimento e recursos internos emocionais utilizados no manejo em saúde mental. Contudo, realizados apenas cinco encontros, emergem no grupo de avaliação afirmações que expressam mudanças significativas da postura inicial dos profissionais. Tais mudanças foram verificadas pela valorização do vínculo com o usuário e por mudanças de percepção a respeito do transtorno mental, assim como por ilustrações de melhor manejo dos casos de saúde mental. Para tanto, fez-se necessária a incorporação de outros valores e disponibilidade para reformulação das práticas, de modo a empoderar os sujeitos e a produzir saúde repensando as formas de organização da atenção no SUS, desde o nível macro até o micropolítico (COELHO, 2008).

Tendo como base a dimensão da micropolítica do cuidado, segundo MALTA e MERHY (2010), os trabalhadores precisam compreender, selecionar e fazer uso adequado e pertinente tanto de tecnologias duras (exames, imagens, procedimentos, medicamentos), quanto de tecnologias leve-duras (protocolos que deverão ser adaptados a cada sujeito e situação) e de tecnologias leves e relacionais (saberes, percepções e tomada de decisão a cada situação, encontro e contexto). Por extrapolação, pode-se dizer que as contribuições dos grupos de reflexão pretenderam empoderar os sujeitos participantes por meio das discussões e reflexões quanto ao uso das tecnologias duras e leve-duras, assim como fomentar melhor manejo quanto apropriação e uso de técnicas voltadas ao uso das tecnologias ditas leves.

Apesar de a equipe elencar elementos favoráveis e positivos no grupo final com caráter avaliativo, as evidências da literatura apontam que, mesmo onde existe uma política integrada, pode levar um tempo para que se torne efetiva, como é o caso da Austrália, que levou cinco anos para evidenciar boas práticas nos serviços de saúde. Sugere-se que reuniões com outros

setores governamentais e da sociedade são necessárias e, em alguns casos, primeiramente devem ser superados o ceticismo e a resistência inicial (WHO, 2008).

Apesar dos investimentos na implementação da Política de atenção à Saúde Mental e da Rede de Atenção Psicossocial, várias pesquisas nacionais apontam alguns problemas enfrentados neste novo modelo de cuidado, também observados nos grupos de reflexão, como: pouca capacidade de identificação das demandas e riscos em saúde mental; tendência à medicalização do sofrimento mental; sentimento de impotência dos trabalhadores diante da vulnerabilidade social; inexpressiva participação dos usuários nos próprios tratamentos; discussões centradas nos casos graves; cuidados físicos, psíquicos e sociais realizados por equipes distintas; valorização excessiva das tecnologias duras; práticas de promoção de saúde frágeis ou pouco consolidadas; diretrizes genéricas e falta de detalhamento dos fluxos de atenção e do tipo de abordagem terapêutica a ser utilizada em cada situação (AMARAL, 1997; GAMA e ONOCKO-CAMPOS, 2009; SILVEIRA e VIEIRA, 2009; GUERREIRO, 2010; CORREIA, BARROS, COLVERO, 2011; ONOCKO-CAMPOS et al., 2011; CAMPOS, ARAUJO e TANAKA, 2012; WENCESLAU e ORTEGA, 2015).

Os grupos trouxeram queixas generalizadas, principalmente na esfera do que faltava. Além de pontuarem a falta de recursos materiais, financeiros e humanos, ineficácia da comunicação e dos processos de trabalho pouco eficientes, as equipes revelaram não ter suporte técnico, a não participação de gestores nem das redes de saúde nem das atividades intersetoriais dentre outros exemplos. No entanto, de acordo com MALTA e HERHY (2010), no sistema público de saúde existem os dispositivos para organizar o processo de trabalho e a natureza do cuidado ofertado, mas não existe um maior investimento na compreensão dos objetivos, formato, uso e aplicação das tecnologias de cuidado existentes, nem em qual raciocínio é necessário para a condução dos casos. O que falta, segundo os autores, é um maior detalhamento da

lógica de cuidado segundo os diferentes problemas e situações. Falta foco na dimensão micro da linha de cuidado, que, a partir da análise do problema, seleciona recursos, tecnologias e protocolos de atenção (MALTA e MERHY, 2010). De acordo com AMARAL (1997), em um estudo sobre a atenção à saúde mental na rede básica de saúde verificou-se que, apesar das expectativas para a atenção à SM na rede básica, existe pouco preparo e investimento no manejo específico: "o que fazer", "para quem/em que situações/ou quando", e "como fazer". O estudo aponta que as diretrizes são bastante genéricas e sem um detalhamento para sua operacionalização.

Levando em conta a falta de recursos humanos e materiais destacados e os sentimentos gerais mobilizados, há de se considerar o potencial sofrimento psíquico dos trabalhadores, uma vez que a saúde mental é diretamente influenciada pelas condições de onde se desempenha o trabalho. Aspectos como sobrecarga de trabalho e falta de autonomia no processo de organização de trabalho impactam no aumento do desgaste psíquico. Assim, o trabalho produz sofrimento quando associado à imagem de inutilidade e despersonalização, sem significado. Sugere-se como alternativa à problemática observada a construção de significados humanos e sociais na própria atividade desenvolvida, a fim de que o trabalho constitua uma fonte de satisfação e prazer (CARREIRO et al., 2013; KATSURAYAMA, 2013).

Com relação à organização dos processos de trabalho, KATSURAYAMA et al. (2013) observaram que é o enfermeiro o principal alvo de sobrecarga de trabalho, ao qual é delegada a responsabilidade técnica pelo grupo, quando não assumem também a responsabilidade relativa da ESF, no que se refere à divisão de tarefas, atribuições burocráticas e administrativas, dissonantes com os propósitos do SUS, que supõem decisões partilhadas e coletivas.

É importante assinalar a ausência dos enfermeiros na maioria dos grupos realizados, ausência essa justificada pela sobrecarga

de trabalho. Como paradoxo, se, por um lado ao enfermeiro são delegadas as tarefas já descritas, por outro, esse profissional não consegue espaço para estar com a equipe, de modo a possibilitar reflexões quanto a melhores arranjos dos processos de trabalho e cuidado da própria saúde mental. De igual modo, nos grupos de reflexão realizados, os médicos não participaram. Muito embora seja importante destacar a mudança de gestão administrativa e o reflexo na agenda dos médicos e a entrada de novos médicos após finalização de contrato de trabalho dos anteriores, considera-se que a não participação impacta diretamente na implantação das políticas de saúde mental na AB, reforçando, assim, o modelo tradicional-hegemônico que se espera superar (BRASIL, 2001; MS, 2004). Único profissional de nível universitário mais presente nas discussões, o cirurgião dentista, por sua vez, trouxe importantes colaborações, o que mostra a importância do diálogo com as diversas categorias profissionais.

Nesse aspecto, é indiscutível a importância da Política Nacional de Educação Popular em Saúde - PNEPS (MS, 2009) que trouxe à tona as discussões sobre a educação e o despertar ético-político dos sujeitos para a consolidação do SUS. No entanto, os fundamentos da PNEPS enfrentam em seu cerne diversos limites ao dar grande peso ao sujeito/trabalhador como elemento de mudança, desconsiderando as condições estruturais que têm grande impacto na qualidade do SUS. Se, por um lado, há ganhos adquiridos com a descentralização da gestão da EPS, em cujas rodas há o estímulo do repensar permanentemente das soluções criativas para a superação da ineficiência dos serviços baseados na gestão do trabalho, por outro lado, deve-se levar em conta a formação do trabalhador comprometido com gerir problemas da realidade do trabalho frente às dificuldades estruturais do SUS (LEMOS, 2016).

Por fim e resguardadas as devidas proporções e responsabilidades atribuídas ao trabalhador de saúde com relação

à reorganização do SUS, os grupos de reflexão realizados somam-se aos de FRANCO e VOLPE (2011), revelando a necessidade de outros estudos com outras modalidades de grupos de reflexão assinaladas, pois, dada a grande eficácia como estratégia de intervenção psicossocial na interface saúde e educação, o trabalho grupal diversifica e aprofunda a formação profissional, com desdobramentos nas formas de pensar e de agir e, conseqüentemente, nos espaços sociais desses sujeitos.

7 CONCLUSÕES

Promover espaços de encontros nos grupos de trabalho e estimular práticas reflexivas foram objetivos dos esforços empreendidos nesta pesquisa-intervenção.

Ao avaliar os resultados do grupo final (avaliativo), é possível reconhecer que os trabalhadores realizaram alguns avanços das ideias e práticas em saúde mental, aderindo à proposta de reflexão sugerida, demonstrando sua potência nos relatos de mudanças dos profissionais a partir das reflexões, concluindo o processo realizado de modo exitoso observado por meio da avaliação da experiência feita pelos participantes do estudo.

Inicialmente os participantes se mostraram pouco implicados com as questões político-institucionais, colocando-se como vitimados pelo sistema, provavelmente relacionadas às condições desfavoráveis de trabalho, com impactos significativos à saúde mental do trabalhador. Todavia, no grupo final, surgiram algumas soluções para a maior integração da AB com ações de SM, tendo os participantes se posicionado mais saudável e ativamente frente ao sistema, trazendo soluções práticas e aplicáveis.

Verificou-se alguma aquisição de habilidades e maior disposição para atitudes em relação às melhores ações em SM, dado o reconhecimento dos trabalhadores de suas próprias potencialidades e limitações, tanto pessoais quanto do trabalho, levando em conta o fator humano, as fragilidades estruturais do SUS e a relação dos profissionais com os usuários do sistema.

Em relação à pesquisa realizada, acredita-se que, para além do objetivo geral e específicos aos quais se propôs, também acrescentou para o pesquisador conhecimentos sobre o processo de trabalho por meio da pesquisa qualitativa em saúde coletiva.

Sugere-se que oportunidades como esta, da realização de um Mestrado Profissional, sejam viabilizadas, estimuladas e

incorporadas às políticas públicas municipais. Ainda, visando ao fortalecimento da AB e sabendo que uma das equipes da USF Parque Suburbano aderiu ao PMAQ, compreende-se que o trabalho realizado pôde colaborar com as equipes no entendimento da interface com a SM.

Por fim, em maior escala, entende-se que os grupos de reflexão podem vir a ser incorporados, difundidos e fortalecidos nas demais unidades de saúde do município, não só por seus efeitos obtidos no presente, mas também visando à incorporação com outras estruturas como NASF e matriciamento em saúde mental, bem como somando esforços para que a EPS no município seja revitalizada e ações intersetoriais sejam incrementadas, fortalecendo assim a Rede de Atenção Psicossocial municipal.

8 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O trabalho apresentou algumas limitações. A saber, foram realizados poucos grupos na Unidade de Saúde eleita e o grupo final com caráter avaliativo foi realizado próximo ao fim dos grupos de reflexão iniciais. Seria interessante a comparação com outras unidades de saúde, bem como uma avaliação posterior, após um recorte de tempo maior a fim de avaliar o impacto da ação em médio e longo prazo.

Outra limitação destacada se deve à ausência de elementos práticos, além das discussões, por exemplo: vivência de atendimentos ou de visitas domiciliares compartilhados, a criação de PTS, o acompanhamento longitudinal de um caso até seu desfecho, com seus atravessamentos e diálogos com outros setores. Por fim, poderia agregar valor à experiência a participação de um observador nos grupos de reflexão, o qual registraria com mais precisão alguns elementos que fugiram à observação do coordenador. Ou, a adoção da estratégia de diário de bordo.

Neste trabalho, tratou-se apenas do transtorno mental do adulto. Não foram mencionados ou levados em conta os transtornos ou o sofrimento infanto-juvenil e/ou senil, nem o sofrimento mental comum. Aponta-se tal limitação e sugere-se que estudos específicos possam abordá-los.

Entende-se que, havendo algum trabalhador que se disponha a coordenar futuros grupos de reflexão, havendo equipes que se disponham discutir e refletir sobre o próprio trabalho e coordenações de saúde que entendam o alcance da ação, o desenho metodológico deste estudo é aplicável e pode ser estendido em nível municipal às demais unidades, sejam elas USF, sejam elas UBS.

Frisa-se, ainda, a importância da oportunidade de os trabalhadores participarem de aprendizado orientado, como a do

Mestrado Profissional, dada a possibilidade de aquisição de conhecimentos tanto teóricos quanto práticos. Por extrapolação, dir-se-ia até que a experiência se integra às necessidades do manejo em saúde, cujas exigências se dão nas esferas teóricas e práticas, indissociáveis e complementares.

No mesmo sentido de oportunidade de aprendizado, a equipe propôs continuidade dos grupos de reflexão. Havendo no município alguns outros hiatos para constituir novos grupos de reflexão, recomenda-se: que seja feita a otimização e aproveitamento dos talentos dos profissionais existentes, como por exemplo o recrutamento dos trabalhadores com formação em Saúde Pública e Saúde Coletiva que já têm excelentes projetos; a retomada da EPS; o incentivo para as rodas de Terapia Comunitária; a promoção do diálogo municipal para a criação de seu primeiro Serviço Residencial Terapêutico; estabelecer parcerias com as universidades regionais, dentre outros possíveis espaços de diálogo e de reflexão, cerne deste trabalho.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev Saude Publica. 1997;31(3):288-95.

Amarante P. Saúde Mental e atenção psicossocial. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.

Araújo AK, Tanaka OY. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2012;16(43):917-28.

Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad Saude Publica. 2008;24(2):456-68.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990;Seção 1:018055.

Brasil. 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. Diário Oficial Eletrônico. 09 abr 2001;Seção 1:2.

Cabral TMN, Albuquerque PC. Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida. Saude Debate. 2015;39(104):159-71.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Cienc Saude Colet. 1999;4(2):393-404.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho

interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007;23(2):399-407.

Campos RO, Figueiredo MD. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Cienc Saude Colet. 2009;14(1):129-38.

Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Cienc Saude Colet. 2011;16(12):4643-652.

Canesqui AM, Oliveira AMF. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri B, Viana ALDA, organizador. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 241-70.

Carreiro GSP, Ferreira-Filha MO, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia de Saúde da Família. Rev Eletr Enf [Internet]. 2013 jan-mar [Acesso em 18 de dez de 2018];15(1):146-55. doi: 10.5216/ree.v15i1.14084. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>.

Coelho BP. Gestão e subjetividade: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde - SUS. E-cadernos - Centro de Estudos Sociais. 2008 [acesso em 29 dez 2017]. doi: 10.4000/eces.1408. Disponível em: <http://eces.revues.org/1408>;

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.

Debus M. Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development; 1997.

Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude Soc. 2009;18(1):63-74.

- Fernandes BS. Como trabalho com grupo de reflexão. Rev SPAGESP. 2000;1(1):77-82.
- Fernandes WJ. Grupos de reflexão e grupos de discussão. In: Fernandes WJ, Svartam B, Fernandes BS, organizador. Grupos e configurações vinculares. Porto Alegre: Artmed; 2003a.
- Fernandes WJ. Os diferentes objetivos do trabalho grupal. In: Fernandes WJ, Svartam B, Fernandes BS, organizador. Grupos e configurações vinculares. Porto Alegre: Artmed; 2003b.
- Fiorati RC, Saeki T. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. Saude Soc. 2012;21(3):587-98.
- Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Netz S, tradutor. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.
- Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2009. doi: 10.1002/14651858.CD003030.pub2. Disponível em: <http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003030.pub2/pdf/>
- Franco EM, Volpe AJ. Sentidos para a formação em um grupo de reflexão. Psicologia: Ensino e Formação. 2011;2(1):33-42.
- Gama CAP, Onocko CR. Saúde Mental na Atenção Básica - uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). Cad Bras Saude Mental. 2009;1(2):112-31.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Estimativa de população - Itapevi/São Paulo [Internet]. [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352250&search=saopaulo|itapevi|infograficos:-informacoes-completas>

Iervolino AS, Pelicione MC. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(2):115-21.

Katsurayama M, Parente RCP, Moraes RD, Moretti-Pires RO. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. Cad Saude Coletiva. 2013;21(4):414-9.

Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.

Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Cienc Saude Colet. 2016;21(3):913-22.

Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(3):633-40.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2010;14(34):593-606.

Mateus MDML. Levantamento das Políticas e Recursos em Saúde Mental no Brasil [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2009.

Mateus MD. Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde; 2013. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental; p. 56-75.

Melo BCA, Assunção JIV, Vecchia MD. Percepções do cuidado aos usuários de drogas por agentes comunitários de saúde. Psicologia em Pesquisa. 2016;10(2):57-66.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc Saude Colet. 2010;15(5):2297-305.

Miccas FL, Batista SHSS. Educação Permanente em saúde: metassíntese. Rev de Saude Publica. 2014;48(1):170-85.

Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. Rev Bras Enferm. 2010;63(6):900-7.

Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. A Clínica Ampliada. Brasília (DF); 2004. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF); 2007.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. 04 mar 2008;Seção 1:38.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF); 2009. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília (DF); 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica; 27).

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 21 out 2011a;Seção 1:48.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 26 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). Diário Oficial da União. 26 dez 2011b;Seção 1:232.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes para pesquisa com seres humanos. Diário Oficial da União. 13 jun 2013;Seção 1:59.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de Atenção Básica; 34).

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017;Seção 1:68.

Moreira MIC. Pesquisa-intervenção: especificidades e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. Rio de Janeiro: Nau; 2008.

Moura RFS, Silva CRC. Saúde Mental na Atenção Básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. Psicologia: Ciência e Profissão. 2015;35(1):199-210.

Nogueira-Martins MCF. Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Nogueira-Martins MCF. Oficinas de Humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais de saúde. In: Deslandes S, organizador. Humanização dos cuidados em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Oliveira MD, Oliveira RD. Pesquisa Social e Ação Educativa: Conhecendo a Realidade Para Poder Transformá-la. In: CR Brandão, organizador. Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense; 1985. p. 83-95.

Paiva K. Saúde Mental na Atenção Básica - Experiência do município de Embu. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. NASF - núcleo de apoio à saúde de família. São Paulo; 2009. v.7, p. 30-3. (Cadernos Temáticos CRP SP)

Pereira WAB. Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade. In: Jatene AD, Lancetti A, Mattos SAF, organizadores. Saúde Loucura: saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 95-102.

Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolutividade. Cienc Saude Colet. 2012; 17(3):653-60.

PMI - Prefeitura Municipal de Itapevi. História do município [internet]. [acesso em 10 out 2017]. Disponível em: http://www.itapevi.sp.gov.br/noticiasNovo/sec_gabinete/diario_oficial.php

Pupo LR. As dimensões teórica, técnica e ético-operacional: multidimensionalidade da ação preventiva e de cuidado à saúde. In: Paiva V, Calazans G, Seurado A, organizadores. Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde - Entre indivíduos e comunidade. Curitiba: Juruá; 2012. v. 2.

Ribeiro MOP, Caccia-Bava MCGG, Guanaes-Lorenzi C. Atenção À Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. Psicologia USP. 2013;24(3):369-90.

Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. Psicologia Ciência e Profissão. 2003;23(4):64-73.

Rodrigues ES, Moreira MIB. A interlocução da saúde mental com a atenção básica no município de Vitória/ES. Espírito Santo: Universidade Federal do Espírito Santo; 2010. Trabalho de conclusão de Curso do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Santos EG, Siqueira MS. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):238-46.

Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Cienc Saude Colet. 2009;14(1):139-48.

Souza AC, Rivera FJU. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Rev Tempus Actas Saude Coletiva. 2010;4(1):121-32.

Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. In: Negri B, Viana ALDA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobrevime; 2002. p. 240-67.

Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis: Rev de Saude Coletiva. 2009;19(3):777-96.

Viana ALDA, Poz MRD. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: Rev de Saude Coletiva. 2005;15(Supl):225-264.

Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2015;19(55):1121-32.

Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Saint Panam Washington. 1996;120(6):472-81.

WHO - World Health Organization. Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. Geneva; 1984. (World Health Organization Technical Report Series; 698).

WHO - World Health Organization. The focus group manual. Methods for Social Research in Tropical Disease. Geneva; 1992. (Methods for Social Research in Tropical Disease; 1).

WHO - World Health Organization, Ministério da Saúde (PT), Direcção-Geral da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa; 2001.

WHO/WONCA - World Health Organization and World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva; 2008.

WHO/WONCA - World Health Organization and World Organization of Family Doctors. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. Lisboa; 2009.

Ximenes Neto FR, Félix RMS, Oliveira EM, Jorge MSB. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária a saúde. Enfermeria Global [Internet]. 2009 jun [acesso em 29 dez 2017];(16). Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_clinica5.pdf

Zimerman DE. A formação psicológica do médico. In: Mello Filho J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Zimerman DE. Minha prática com grupos de reflexão. In: Franklin JOJ. Grupos de reflexão no Brasil: grupos e educação. Taubaté (SP): Cabral; 2002.

**Anexo 1 - Roteiro do Grupo Final com Caráter
Avaliativo**

- 1- O que acharam da experiência?
- 2- O que levam, aproveitaram do trabalho desenvolvido?
- 3- A experiência mudou em alguma coisa o cotidiano de trabalho?
- 4- Houve mudança em sua forma de encarar os problemas de Saúde Mental?
- 5- Houve alguma mudança na forma como vêem suas possibilidades de cuidar de pessoas com problemas de Saúde Mental?
- 6- Mudança em seu relacionamento com os demais pontos de atenção em Saúde Mental?
- 7- O que consideram mais importante nesta experiência?
- 8- Quais as sugestões para melhorar o trabalho?
- 9- O que acharam da coordenação e da condução das reuniões?

Anexo 2 – Carta de Apresentação ao Município de Embu das Artes: Fase Preparatória



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DE SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS/SP
Núcleo de Práticas de Saúde



São Paulo, 16 de março de 2017

Ao Coordenador de Educação Permanente do município de Embu das Artes.

Respeitosamente apresentamos o psicólogo *Claudiney Augusto Yamaguti*, servidor público municipal da Prefeitura de Itapevi e aluno do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/SES/SP.

O aluno apresentou o projeto de pesquisa “Saúde Mental na Atenção Básica: Planejamento, Implementação e Avaliação de uma Experiência de Apoio Matricial para uma Equipe de Saúde da Família no município de Itapevi” em banca de qualificação, em que foi aprovado e submeteu o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Saúde, tendo obtido parecer positivo, número 1.940.16.

O principal objetivo da pesquisa é fornecer suporte para o planejamento, implementação e avaliação de uma intervenção de apoio matricial em saúde mental para uma equipe de Saúde da Família do município de Itapevi e o trabalho pretende trazer como benefício subsídios para a implantação do matriciamento em saúde mental nesse município.

Dadas as exitosas e reconhecidas experiências em saúde mental e, mais especificamente em apoio matricial do município de Embu das Artes, eu, Maria de Lima Salum e Moraes, orientadora do aluno, sugeri a ele que observasse algumas atividades práticas da referida atividade neste município, conforme a conveniência de V.Sas., com a finalidade de instrumentalizá-lo nas práticas que desenvolverá no município de Itapevi.

Qualquer dúvida ou esclarecimento sobre esta pesquisa poderá ser obtido com o próprio aluno (Claudiney Augusto Yamaguti, que pode ser localizado na UBS Cohab, telefone 11-4143-5465, das 7h às 16h e pelo *email* claudineyaugusto@yahoo.com.br) Esclarecimentos sobre aspectos éticos da pesquisa poderão ser obtidos com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br ou pelo telefone (11) 3116-8597.

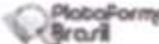
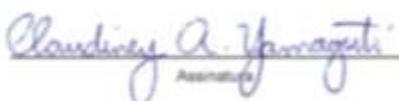
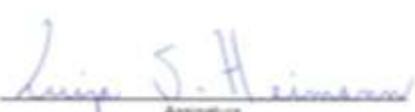
Certa de que esta experiência será de muita valia para a execução do projeto do aluno, agradeço antecipadamente.

Maria de Lima Salum e Moraes

Docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

Rua Santo Antonio, 590 - Bela Vista - São Paulo
(11) 3116-0000 www.isaude.sp.gov.br

Anexo 3 - Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA. PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA DE APOIO MATRICIAL A UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 10			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: CLAUDINEY AUGUSTO YAMAQUTI			
6. CPF: 286.717.558-01		7. Endereço (Rua, n.º): SANTA HELENA VILA SILVANA 160 CARAPICUIBA SÃO PAULO 06360150	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 11999569592	10. Outro Telefone: 11. Email: claudineyaugusto@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>27</u> / <u>01</u> / <u>17</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Instituto de Saúde CEPIS - SP		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (11) 3293-2270		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: 		CPF: <u>952.368.138-91</u>	
Cargo/Função: <u>Diretor Técnico de Saúde III</u>		 Assinatura	
Data: <u>27</u> / <u>01</u> / <u>17</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL		Luiza Sterman Heilmann Diretor Técnico de Saúde III RG. 2345435-6 SP/SP Instituto de Saúde - SES/SP	
Não se aplica			

Anexo 4 – Cartas de Autorização para Realização de Pesquisa



AUTORIZAÇÃO

Eu, *Dr. Sidney Sepúlcre*, abaixo assinado, Secretário de Saúde do Município de Itapevi/SP, autorizo a realização do estudo **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: APOIO MATRICIAL A UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, a ser conduzido pelo psicólogo *Claudiney Augusto Yamaguti*, aluno do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sob orientação da Profa Dra. Maria de Lima Salum e Moraes. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas durante os anos de 2016 e 2017 na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Itapevi, 15 de dezembro de 2016

Dr. Sidney Sepúlcre
Secretário Municipal de Saúde

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Anexo 4 – Cartas de Autorização para Realização de Pesquisa (Continuação)

Itapevi, 20 de janeiro de 2017

Ao Gabinete da Secretária de Saúde

Assunto: Mestrado profissional em Saúde Coletiva

Pelo presente comunico a Vossa Senhoria sobre a realização do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde de Saúde Paulo, vinculado à Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde. O programa teve início em 2016 e será finalizado em meados de 2018 - previsão de defesa e prováveis publicações.

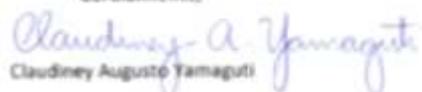
Por se tratar de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, algumas das condições para a inscrição no processo seletivo e consequente aprovação foram: trabalhar e desenvolver o projeto de mestrado no Sistema Único de Saúde (SUS); liberação do aluno às sextas-feiras para cursar as disciplinas obrigatórias e optativas.

Em dezembro de 2017 o projeto Saúde Mental na Atenção Básica: apoio matricial a uma equipe de saúde da família foi apresentado à banca e qualificado, orientado pela profa. Dra. Maria de Lima Salum e Moraes (à disposição na íntegra junto ao aluno-pesquisador).

De modo sucinto, o projeto consiste em capacitar uma das equipes de saúde da família da Unidade de Saúde da Família do Parque Suburbano quanto aos cuidados em saúde mental por meio do apoio matricial, de acordo com os pressupostos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, apoiado nos conceitos de equipes de referência, clínica ampliada, luta antimanicomial, humanização à saúde.

Diante do exposto solicito autorização para prosseguir desenvolvendo este projeto de intervenção na Rede de Atenção Básica de Itapevi e liberação para participar das disciplinas optativas às sextas-feiras bem como de eventuais reuniões com a profa. Dra. orientadora do projeto de pesquisa. Comprometo-me a informar Vossa Senhoria quanto ao andamento da pesquisa periodicamente bem como alinhar junto aos chefes das unidades o método de trabalho de modo que não venha prejudicar o fluxo de trabalho tampouco os cuidados dispensados aos usuários.

Cordialmente,


Claudiney Augusto Yamaguti
Psicólogo

Ilma.

Dra. Aparecida Luiza Nasi Fernandes
Secretária Municipal de Saúde

Recebido em 25/01/17


Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DE SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE
Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS/SP
Núcleo de Práticas de Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa intitulado: "Saúde Mental na Atenção Básica: Planejamento, Implementação e Avaliação de uma Experiência de Apoio Matricial para uma Equipe de Saúde da Família no município De Itapevi". A pesquisa será utilizada para elaboração de um trabalho para obtenção do grau de Mestre pelo programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

O principal objetivo da pesquisa é fornecer suporte para o planejamento, implementação e avaliação de uma intervenção de apoio matricial em saúde mental para uma equipe de Saúde da Família.

A participação do(a) sr(a) se dará em reuniões com seu grupo de trabalho, com a coordenação do pesquisador. Nesses encontros, serão discutidos casos e situações em que estejam envolvidos elementos de saúde mental de sua rotina de trabalho. Serão realizados cinco encontros, com duração aproximada de 90 minutos cada.

As reuniões serão gravadas e transcritas, mas o seu nome e os dos demais participantes não serão identificados nos relatórios e documentos resultantes da pesquisa. Informo que não haverá benefícios financeiros envolvidos em sua participação.

Esclareço que está garantido seu direito de interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa. Asseguro, ainda, que o estado não apresenta nenhum tipo de risco para sua atividade profissional ou para sua vida pessoal. Os dados da pesquisa serão utilizados apenas para fins científicos.

O estudo pretende trazer como benefício subsídios para a implantação do matriciamento em saúde mental no município de Itapevi.

O(A) senhor(a) e os membros de sua equipe terão acesso aos resultados da pesquisa após sua conclusão em apresentação com essa finalidade.

Este termo é assinado em duas vias pelo pesquisador e pelo(a) participante, ficando uma via com cada parte.

Qualquer dúvida ou esclarecimento sobre esta pesquisa poderá ser obtido com o pesquisador responsável Cláudio Augusto Yamaguti, que pode ser localizado na UBS Cobab (telefone 11-4143-5465) das 7h às 16h e pelo e-mail claudioaugustoyamaguti@yahoo.com.br. Esclarecimentos sobre aspectos éticos da pesquisa poderão ser obtidos com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br ou pelo telefone (11) 3116-8597.

Concordo em participar desta pesquisa.

Nome do(a) participante: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Local e data: _____

Rua Santo Antônio, 590 - Bela Vista - São Paulo
(11) 3116-XXXX www.isaude.sp.gov.br

Anexo 6 – Parecer Consubstanciado do CEPIS

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA DE APOIO MATRICIAL A UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ITAPEVI

Pesquisador: CLAUDINEY AUGUSTO YAMAGUTI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 64152417.8.0000.5469

Instituição Proponente: Instituto de Saúde CEPIS - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.940.160

Apresentação do Projeto:

Trata-se do desenvolvimento de um projeto do Programa de Mestrado Profissional do IS e foi apresentado de forma organizada, com redação clara e concisa, com bibliografia pertinente e atualizada. É um estudo de intervenção em Saúde Mental com a implementação e avaliação do recurso do apoio matricial em equipe de Saúde da Família de um município da Grande São Paulo. Parte do pressuposto, bem fundamentado na literatura, de que a ferramenta do apoio matricial aumenta a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família. Empregará a metodologia da Pesquisa-ação e visa fornecer ao investigador e à equipe de saúde meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência às demandas em saúde mental. A operacionalização da pesquisa-ação se dará em 5 encontros (no mínimo), na forma de rodas de conversa, onde serão discutidos diversos temas como concepções de saúde/ saúde mental, manejo e dificuldades no dia a dia em lidar com o sofrimento psíquico. O cronograma parece adequado para o cumprimento de todas as partes do projeto e o orçamento, proveniente de recursos próprios, é mínimo com gastos em materiais básicos de escritório.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Planejar, implementar e avaliar o apoio matricial em saúde mental a uma Equipe de Saúde da

Endereço: Rua Santo Antônio, 500 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3116-8597

Fax: (11)3116-8523

E-mail: cepis@saude.sp.gov.br

Anexo 6 – Parecer Consubstanciado do CEPIS (Continuação)

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS - 
SP

Continuação do Parecer: 1.943/100

Família do município de Itapevi.

Objetivos específicos

Facilitar a identificação das demandas em saúde mental;

Refletir sobre o manejo dos casos e situações apresentados pela equipe, auxiliando no estabelecimento do projeto terapêutico;

Discutir meios de promover saúde mental;

Contribuir para o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência para serviços especializados;

Contribuir para a implantação de ações intersetoriais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pelos procedimentos descritos, o desenvolvimento do projeto apresenta riscos mínimos relacionados com algum desconforto em razão dos participantes terem que expor ideias aos colegas de trabalho. Os benefícios para os sujeitos são diretos e estão relacionados com a implementação de uma ferramenta que pode aumentar os conhecimentos e aprimorar as práticas em Saúde Mental da equipe de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aborda uma questão interessante e relevante, considerando as necessidades de saúde na área do sofrimento psíquico. Na introdução do projeto o tema escolhido foi razoavelmente bem situado, permitindo um bom conhecimento sobre o que a pesquisa tratará. O objetivo geral e os específicos estão claros e define bem o propósito do estudo. A metodologia parece coerente com os objetivos propostos, sendo que o próprio processo de desenvolvimento da pesquisa resulta em benefícios para os participantes. Não se verificaram problemas éticos envolvidos na intervenção proposta.

O pesquisador apresentou a devida autorização da instituição onde se realizará o estudo, inclusive, a ciência da secretária de saúde empossada neste ano com a mudança de gestão, após as eleições. Apresenta um orçamento mínimo para custear material de escritório.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE reformulado atendeu a todos os requisitos da Resolução 466/12.

Recomendações:

nenhuma

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3116-8597

Fax: (11)3116-8523

E-mail: cepis@saude.sp.gov.br

**Anexo 6 – Parecer Consubstanciado do CEPIS
(Continuação)**

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS - 
SP

Continuação do Parecer: 1.940.160

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_858156.pdf	21/02/2017 09:44:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEversao2.pdf	21/02/2017 09:39:10	CLAUDINEY AUGUSTO YAMAGUTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoClaudineyAugusto260117.pdf	27/01/2017 11:17:20	CLAUDINEY AUGUSTO YAMAGUTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoAutorizacaoClaudiney.pdf	27/01/2017 11:09:56	CLAUDINEY AUGUSTO YAMAGUTI	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoClaudiney.pdf	27/01/2017 11:09:11	CLAUDINEY AUGUSTO YAMAGUTI	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoClaudiney260117.pdf	26/01/2017 11:37:21	CLAUDINEY AUGUSTO YAMAGUTI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/01/2017 11:34:38	CLAUDINEY AUGUSTO YAMAGUTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Maritsa Carla de Bortoli
(Coordenador)

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@saude.sp.gov.br

CURRÍCULO LATTES – ORIENTADOR



Maria de Lima Salum e Morais

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.orq.br/S341828388321150>
 Última atualização do currículo em 18/09/2017

Graduada em Psicologia, mestre e doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Exerce o cargo de Pesquisadora Científica no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Tem experiência nas áreas de Psicologia Escolar/Educacional e de Saúde Mental na Atenção Básica. Desenvolve pesquisas relacionadas com o desenvolvimento humano e saúde coletiva, principalmente nas áreas de saúde mental, álcool e outras drogas. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Maria de Lima Salum e Morais
Nome em citações bibliográficas	MORAIS, M. L. S.;Morais, Maria de Lima Salum e

Endereço

Endereço Profissional	Instituto de Saúde, Núcleo de Práticas de Saúde. Rua Santo Antonio, 590 Bela Vista 01314-000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 32932264 URL da Homepage: http://www.saude.sp.gov.br
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1999 - 2004	Doutorado em Psicologia (Psicologia Experimental) (Conceito CAPES 7), Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: CONFLITOS E(M) BRINCADEIRAS INFANTES, Ano de obtenção: 2004. Orientador: Emma Otta. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Brincadeira; Conflito; diferenças culturais; Gênero. Grande área: Ciências Humanas Grande Área: Ciências Humanas / Área: Psicologia / Subárea: Psicologia do Desenvolvimento Humano / Especialidade: Processos Perceptuais e Cognitivos; Desenvolvimento.
1974 - 1979	Setores de atividade: Educação Pré-Escolar e Fundamental; Saúde Humana. Mestrado em Psicologia (Psicologia Experimental) (Conceito CAPES 7), Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: O faz-de-conta e a realidade social da criança, Ano de Obtenção: 1980. Orientador: Ana Maria de Almeida Carvalho. Palavras-chave: Brincadeira; Interação social; Faz-de-conta. Grande área: Ciências Humanas Grande Área: Ciências Humanas / Área: Psicologia / Subárea: Psicologia do Desenvolvimento Humano. Grande Área: Ciências Humanas / Área: Psicologia / Subárea: Psicologia Comparativa. Setores de atividade: Saúde Humana; Educação.
1983 - 1984	Especialização em Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 540h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Caracterização das gestantes atendidas na UBS Parque Anariba.
1967 - 1971	Graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação Profissional

Conselho Regional de Psicologia - 6a. região, CRP 06, Brasil.

CURRÍCULO LATTES – PESQUISADOR



Claudiney Augusto Yamaguti

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9048720931213142>
Última atualização do currículo em 23/01/2018

Mestrando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Especialista em Psicologia Hospitalar, Saúde da Família e Psicologia Clínica. Bacharelado e Licenciatura em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Graduando em Gestão Empresarial pela Faculdade Tecnológica de São Paulo. Atualmente é Psicólogo da Prefeitura Municipal de Itapevi e Professor no Ensino Técnico no Centro Paula Souza (ETEC) nos cursos de Recursos Humanos e Segurança do Trabalho. Supervisor e Psicólogo Clínico em âmbito privado. Atuou como Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa, Membro do Comitê de Capacitação de Órgãos e Tecidos, Psicólogo Hospitalar e Supervisor de Estágio em Psicologia Hospitalar no Hospital Geral de Itapevi. Coordenou o Grupo de Cuidadores, atuou nos Comitês de Bioética e Cuidados Paliativos, Psicólogo Hospitalar e no Ambulatório de Violência Sexual do Hospital Geral de Itapeverica da Serra. Tem experiência com ênfase em Saúde Mental, Psicologia Hospitalar, Gestão em Saúde, Liderança/Motivação, Apoio Matricial, Grupos e Violência Sexual. *(Texto informado pelo autor)*

Identificação

Nome	Claudiney Augusto Yamaguti
Nome em citações bibliográficas	YAMAGUTI, C. A.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016	Mestrado profissional em andamento em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde, ISaúde, Brasil. Título: Grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial: uma estratégia de aproximação entre Saúde Mental e Atenção Básica no município de Itapevi - SP. Ano de Obtenção: . Orientador: Maria de Lima Salum e Moraes.
2016 - 2016	Especialização em Saúde da Família. (Carga Horária: 360h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Saúde Mental na Atenção Básica: qualificação do Cuidado das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Orientador: Alexandre Luiz Affonso Fonseca.
2009 - 2009	Especialização em Psicologia Hospitalar. Conselho Federal de Psicologia, CFP, Brasil. Título: Concurso.
2006 - 2008	Especialização em Psicossomática. (Carga Horária: 576h). Instituto Sedes Sapientiae, SEDES, Brasil. Título: Abortamento habitual espontâneo: relato de caso atendido num hospital geral e no ambulatório de Psicologia. Orientador: Prof. Dr. José Atilio Bombana.