

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO  
ALEGRE

Curso de Especialização em Saúde da Família da UFCSPA

Anna Beatriz Chagas Freitas

**A Atenção em Saúde Mental na Estratégia Saúde da  
Família (ESF) no Município de Bragança-Pará**

BELÉM

2018

Anna Beatriz Chagas Freitas

**A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE BRAGANÇA-PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Orientado: Prof<sup>o</sup> Diego Azevedo Conte de Melo.

BELÉM

2018

## **SUMÁRIO**

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 ESTUDO DE CASO .....	6
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS .....	9
4 VISITA DOMICILIAR.....	11
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	14
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	16
7 ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	19

## **1INTRODUÇÃO**

Meu nome é Anna Beatriz Chagas Freitas, tenho 29 anos, sou natural do estado do Acre. Em 2007, conheci a Bolívia e comecei a estudar na Universidad Aquino de Bolívia-UDABOL, uma instituição privada de ensino superior localizada em Santa Cruz de la Sierra. Me graduei com o título de ‘médica cirujana’ em 15 de janeiro de 2015 pela UDABOL. Atuei como clínica geral por 5 meses em Santa Cruz de la Sierra, mas em seguida resolvi voltar para meu país. Comecei a me dedicar ao exame revalida, quando fui apresentada ao Programa Mais Médicos.

Em julho de 2016, aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo na cidade de Bragança-PA há cerca 1 ano e 5 meses. Estou lotada na Unidade Saúde da Família Samaumapara - equipe I. O território adscrito corresponde a 08 micro áreas definidas e algumas áreas descobertas de outros bairros. Infelizmente, a estrutura física da unidade é precária. Faltam consultórios, não existe ambiente adequado para realizar PCCU e não contamos com aparelhos básicos, como Pinard. Nosso sistema não é informatizado. Estamos aguardando a entrega de uma nova estrutura física, em novembro deste ano.

Atuo também na equipe do núcleo Telessaúde-PA - Bragança, com apoio do ‘Projeto Consultório Virtual’, que brinda consultas com especialistas, como: neurologista, cardiologia e dermatologia. Diminuindo o tempo de espera dessas consultas e facilitando o atendimento para os pacientes que não possuem condições de se deslocar até a capital Belém.

População de aproximadamente 5.600 habitantes, com baixo nível socioeconômico e ausência de saneamento. Há uma Igreja Católica, quatro evangélicas (Assembléia de Deus, Adventista, Testemunha de Jeová e Congregação Cristã), três escolas públicas, duas de ensino fundamental e uma de ensino médio, e uma creche. Sem praça pública ou área destinada ao lazer da comunidade.

As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, saúde mental, saúde reprodutiva, infecções do trato urinário, lombalgia, micoses cutâneas, parasitoses intestinais e infecções de vias aéreas superiores. São frequentes casos de Tuberculose Pulmonar e Hanseníase.

No Projeto de Intervenção na UBS o tema escolhido foi “Implementação da Atenção em Saúde Mental na Unidade de Saúde de Família Samaumapara”. Este projeto foi direcionado para as duas equipes de saúde da família da UBS com a proposta de identificar a demanda em saúde mental presente no cotidiano de trabalho das Equipes e implantar um processo de formação permanente junto aos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF). A escolha desta temática foi relevante devido à alta demanda na UBS de atendimento de usuários portadores de algum transtorno mental. A estratégia metodológica utilizada foi a pesquisa-intervenção, com o objetivo de realizar um diagnóstico das demandas em saúde mental através da realização de grupos focais com os profissionais das equipes, seguindo o cronograma determinado.

## 2 ESTUDO DE CASO

### - IDENTIFICAÇÃO

Nome: M.B.S.

Idade: 66 anos

Data de Nascimento: 03/09/1951

Sexo: Masculino

Religião: Evangélico

Naturalidade: Pará

Ocupação: Aposentado Renda Mensal: Não foi possível obter a informação; filho mais velho que é responsável pela renda do paciente.

Endereço: Rua Duque de Caxias

Estado Civil: Divorciado Grau de instrução: Analfabeto

Nº de filhos e idade dos mesmos: 2 filhos, 38 anos e 28 anos.

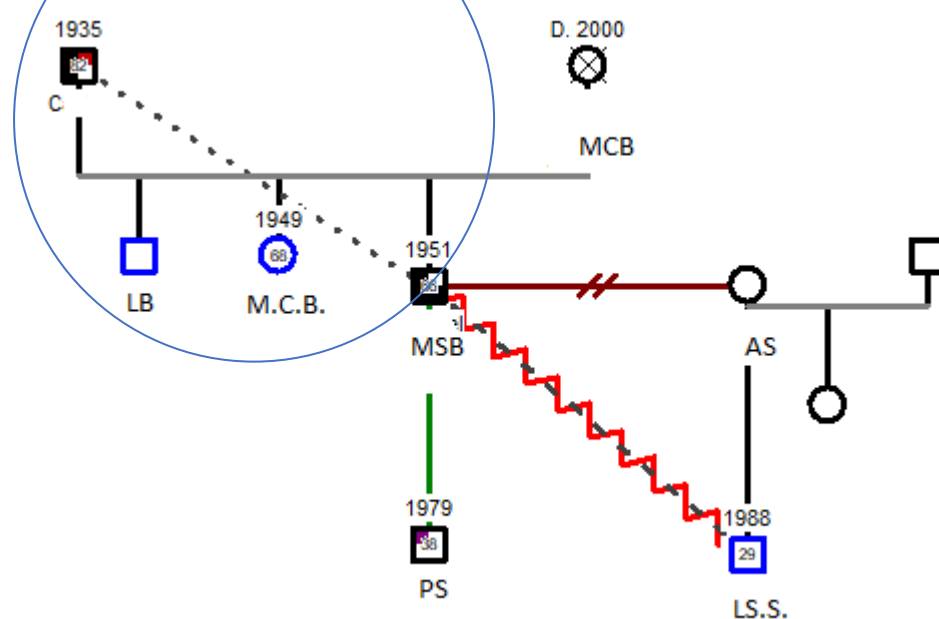
### II - DADOS FAMILIARES

O paciente tem pai e irmãos. Posição do paciente na família: 3º filho.

Doenças: O pai é etilista e hipertenso; Irmãos alcoólatras; Filho depressivo.

Interrelações: Mora com o Pai e mais dois irmãos, que são ausentes no cuidado. Filho mais velho toma conta da renda mensal, presta assistência quando necessário.

#### Genograma



Paciente com histórico de abuso de álcool, depressão e diabetes mellitus há 10 anos. Não faz uso adequado de anti hipoglicemiantes. Ao início do acompanhamento, paciente fazia uso de Glibenclamida 5 mg 12/12hr, Diazepam 5 mg cada 8 horas. Todos sem prescrição médica. Atualmente faz uso de Diazepam 10 mg 12/12 hr. Recorre ao serviço sempre com queixas semelhantes, agitado, relata insônia, preocupação excessiva com a falta de medicação controlada e uma tristeza profunda.

Apresenta higiene inadequada, com roupas largas – aspecto sujas. Hiperatividade, com mudanças bruscas de humor.

### **-Hipótese Diagnostica**

Transtorno Bipolar

Alcoolismo

Diabetes Mellitus

### **-Plano Terapêutico**

A princípio, em reunião com a equipe montamos um plano terapêutico de acompanhamento domiciliar, visita de assistente social e referência ao CAPS AD. Em conversa com os familiares, solicitamos sempre consultas com acompanhantes para renovação das receitas, assim faríamos o controle do estado emocional do paciente. Reduzimos o uso do Diazepam 5 mg e indicamos Metformina 500 mg cada 12 horas. Indicamos participação nos grupos de hiperdia e de saúde mental, com a psicóloga do NASF que faz acompanhamento 1 vez ao mês na Unidade Samaumapara.

Foram realizadas oito visitas domiciliares, sendo duas com apoio da psicóloga e uma da assistente social. Em visita domiciliar, foi possível verificar grande quantidade de remédios nos pertences do Sr. Manoel, alguns com datas de vencimentos de até cinco meses. Realizamos a conscientização do perigo do uso desses medicamentos, e o abuso dos mesmos.

Paciente não participa de nenhuma atividade em grupo, um dos empecilhos é a infraestrutura da unidade, pois não traz conforto adequado para os pacientes. Após consulta com o psiquiatra do CAPS AD, prescreve doses Diazepam 10 mg cada 12 horas.

Com uma evolução favorável, já que antes sem o acompanhamento da equipe, o paciente tinha no mínimo uma internação a cada três meses. Construimos um novo plano terapêutico, de acompanhamento mensal na unidade e trimestral pelo CAPS AD.



### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

No meu cotidiano na Unidade de Saúde da Família Samaumapara(PA) observei uma demanda importante relacionada a saúde mental e entendendo que as intervenções da equipe devem promover não só a cura de doenças mais novas possibilidades de orientações aos usuários em que eles percebam que há várias formas de experimentar a vida com qualidade e respeito aos seus desejos, valores e principalmente a suas escolhas e ainda considerando que é na Atenção Básica, mais especificamente na Equipe de Saúde da Família , que temos a possibilidade de desenvolver intervenções em saúde mental construída no cotidiano a partir dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL,2013), sugeri a minha equipe novos olhares e atitudes que possibilitassem suporte emocional aos usuários que apresentassem situações de sofrimento, principalmente através de um bom *Acolhimento e de uma boa escuta qualificada*.

Portanto com o objetivo de melhorar o cuidado em Saúde Mental implementei e motivei as seguintes ações na minha equipe:

**- Praticar o “Bom Acolhimento”:** O acolhimento é uma ferramenta importante para a melhoria do vínculo e do cuidado em saúde mental. Na primeira conversa, a equipe já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que tem profissionais que estão disponíveis para acolher e acompanhar seu caso. Dessa forma, a equipe terá um diagnóstico mais confiável das demandas de seu território possibilitando a elaboração de intervenções a partir das reais necessidades de sua comunidade.

**- Garantir e Oferecer um espaço para atenção e tempo para a escuta:** isso permite um espaço de desabafo para o paciente em que terá um profissional de saúde com disponibilidade para ouvir e que se interessa por lhe ajudar. Com essa atitude há uma grande possibilidade de aumentar o vínculo e teremos maiores condições de ouvir do usuário aquilo que ele tem a nos contar. O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de Saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar

diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos(BRASIL,2013). Quando o profissional realiza essa escuta qualificada terá maiores chances de ofertar ao paciente várias sugestões para lidar com situações que aumentam o sofrimento a partir daquilo que ouviu ou percebeu.

**- Identificar a Rede de cuidados disponíveis no território e no Município:** Conhecer a rede de apoio social, familiar e comunitário do indivíduo pode ser útil na abordagem de problemas encontrados e também facilita a equipe de Saúde criar recursos coletivos e individuais de cuidado avaliados como os mais necessários ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade e quando necessário, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

**- Mudar a Prática de “Renovação de Receitas”:** Como médica tomei atitude de implantar o agendamento para aqueles pacientes que tinham o hábito de ir à unidade apenas para “renovar a receita velha vencida”, pois isto já fazia parte da rotina na unidade (tanto pelos profissionais quanto pelos usuários). O meu argumento se baseou principalmente que com o agendamento eu teria a possibilidade de uma abordagem melhor e poderia estar identificando outros problemas correlacionados ampliando e melhorando o cuidado integral do paciente. Inclusive posso citar que através desta conduta identifiquei outras necessidades dos usuários como: planejamento familiar, realização de coleta de PCCU (preventivo do câncer do colo do útero) e mamografias preventivas, identificação, tratamento e acompanhamento de comorbidade (diabetes, HA), situações de vulnerabilidade social e conflitos familiares, encaminhamento para o NASF e CAPS e muitas outras situações. Conforme o CAB de Saúde Mental (2013) deve-se prover o cuidado para as comorbidades clínicas frequentes nessa população, um aspecto frequentemente negligenciado. Muitas pessoas parecem que perdem o direito aos cuidados de saúde integral em razão da esquizofrenia e da exclusão social em sua comunidade.

Ao longo desse primeiro ano com a Implantação dessas ações, observei que melhoramos bastante o Cuidado em Saúde Mental dos nossos usuários, no entanto ainda temos muitos desafios, com destaque importante para a efetivação da nossa Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), pois temos apenas 1 NASF e CAPS adulto em nosso município e também a qualificação dos profissionais da Atenção Básica para poder abordar e atender melhor esses pacientes.

#### **4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

##### ***VISITAS DOMICILIARES (VDs)***

Na UBS SAMAUMAPARA as visitas domiciliares não eram realizadas e ao chegar à unidade fiz uma reunião com as duas equipes de saúde da família (01 equipe estava sem médico) e discutimos a rotina das visitas definindo critérios e cronograma semanal.

Foi solicitado aos ACS um levantamento dos usuários que necessitavam de visita domiciliar tendo como ordem de prioridade idosos acamados e /ou com dificuldade de locomoção e com doenças crônicas. Com base neste Diagnóstico, foram planejados os atendimentos e determinado quais usuários seriam visitados. Com o cronograma definido os ACS informavam as famílias o dia da visita. Foram programadas de 3 a 5 visitas por período duas vezes por semana.

Foram discutidas as principais dificuldades para a realização das visitas domiciliares. Com destaque para a falta de transporte, a não adesão de alguns membros da equipe (ACS e Enfermeira) , microáreas descobertas e uma equipe sem médico.

Devido a falta de transporte muitos usuários não são visitados o que compromete o planejamento da equipe, o vínculo com usuário e famílias, o que interfere na nossa credibilidade ,na continuidade da assistência e na legitimidade da estratégia no território.

As VD's (Visitas Domiciliares) são realizadas juntamente com os ACS e quando necessário a enfermeira e/ou técnico de enfermagem.

Minha rotina durante a visitas:

- Abordagem familiar – observação da composição , estrutura e o ambiente familiar;
- Escuta do cuidador ou do proprio usuário sobre seu processo de adoecimento(suas impressões e expectativas) e como estão realizando o cuidado na rotina familiar;
- Quais são as queixas do momento?
- Realizo exame físico;
- Qual tratamento atual (medicamentoso e não medicamentoso) ?
- Principais procedimentos realizados no domicílio (quando tem materiais disponíveis): aferição de pressão arterial, teste de glicemia capilar , trocas de sondas vesicais , aspiração orotraqueal, curativos de úlceras de decúbito(escaras), prescrição de

receitas,quando necessário solicito exames laboratoriais e ou outros exames complementares.

OBS:

- *Quando há necessidade de exames laboratoriais: eu os solicito e um parente ou ACS agenda no setor de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Bragança(SEMUSB), a coleta na residência do usuário pelo laboratório. Essa coleta às vezes é comprometida devido a demora de agendamento do setor de regulação .*

- *Outros exames como ECG e radiografias exigem o deslocamento dos usuários para o local de realização.*

- *Os resultados dos exames são trazidos pelo cuidador ou ACS, então eu registro em prontuário e tomo à conduta imediata,conforme cada caso. Na próxima visita ao usuário, eu apresento o resultado dos exames ao mesmo e ao cuidador ou família e reforço as orientações.*

- *Caso necessite de uma avaliação especializada da equipe multiprofissional do NASF e feito o agendamento.Ressalto aqui a importancia e a resolutividade da assistente Social nessa equipe,pois sempre que solicitada participa das visitas domiciliares compartilhadas conseguindo ajuda para pacientes em situações de vulnerabilidade social.*

- *Tambem referencio para atencao especializada.*

OBS:

-*Algumas especialidades ( ex: psiquiatria, neurologista, ortopedia,cardiologia,pediatria e ginecologia) são agendadas no setor de regulação e atendidos no proprio município, as demais especialidades são encaminhadas para a capital Belém-PA,o que dificulta pois as famílias relatam não terem dinheiro para a passagem ou acompanhante para o paciente. Atualmente após a implantação do núcleo de telessaude no município de Bragança posso contar com esse apoio através de consultas virtuais com especialistas melhorando as intervenções.*

- *Quando as VDs ocorrem nas famílias que apresentam algum caso de transtorno mental, procuro ter um olhar holístico , ou seja, que vai além da doença procurando identificar a rede de cuidado disponível em cada caso. Essa rede vai desde o ambiente familiar , social e comunitário o que me facilita criar recursos coletivos e individuais de cuidado e quando necessário, cuidar de forma compartilhada com outros serviços pertencentes ou não no território.*

- *Quando identifico algum caso de transtorno mental que precisa de um suporte maior solicito agendamento com psicólogo do NASF ou Psiquiatra ou encaminhamento para*

acompanhamento no CAPS e oriento ao ACS ter um olhar mais atento durante as próximas visitas, me informando como está sendo o acompanhamento a partir do relato do usuário ou da família. Dependendo do caso, também acesso outros equipamentos disponíveis no território ou na Rede RAPS no município.

- Tiro algumas dúvidas e reforço algumas orientações para a melhoria do autocuidado dando ênfase para a corresponsabilidade do cuidado, deixando claro o papel dos profissionais da equipe de saúde, o que nos cabe e nossas limitações e quais são as responsabilidades e os principais cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem-estar do usuário. Enfatizo a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros, tanto do ponto de vista financeiro quanto prático e afetivo, pois me preocupo com a saúde mental do cuidador, que às vezes mesmo após a morte do parente acamado pode desenvolver transtornos psiquiátricos pela não aceitação da perda ou pelas circunstâncias extremas em que ela ocorreu, fato que observo de forma recorrente entre os cuidadores que atendo na unidade.

Vale ressaltar que após 3 meses chegou um médico para a outra equipe, o que melhorou bastante a regularidade e a qualidade das minhas VDs, pois fiquei com um determinado território melhor definido e o planejamento das ações eram feitas apenas para as famílias adscritas, ou seja, uma quantidade menor de famílias.

As visitas domiciliares na rotina do processo de trabalho de saúde da família são importantes, pois percebo que as orientações a partir de uma escuta qualificada e humanizada voltada para atender as necessidades das pessoas tem um resultado positivo na melhoria de qualidade de vida da população adscrita.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O Curso de Especialização foi um grande desafio e ao mesmo tempo um grande norteador de reflexões das minhas ações cotidianas na unidade de saúde da família. Os estudos de caso, as leituras de artigos, as atividades reflexivas, o exercício do portfólio, os fóruns, as orientações dos tutores e a socialização com os demais colegas no ambiente virtual foram decisivos na minha forma de atuação como médica em uma equipe. Aprendi que o planejamento das ações (desde do diagnóstico até a avaliação) são fundamentais para o bom desempenho da equipe.

Dentre as principais contribuições do curso posso citar:

**Quanto aos registros** – ampliação na coleta de dados nas consultas e informações nos prontuários, passei a seguir o Modelo SOAP para registro das informações que consiste na Queixa principal e História da doença atual (Subjetivo), Exame físico (Objetivo), Hipóteses diagnósticas (Avaliação) e Conduta (Plano terapêutico). Coloco sempre a lista de problemas e a conduta para cada problema para ter o acompanhamento do caso.

**Adoção das consultas programáticas**- organizei a minha agenda para atendimento de grupos (antes só havia o Hiperdia): Saúde da mulher, do Homem, da Criança, do Idoso, pré-natal e visita domiciliar e diariamente também são atendidas demandas espontâneas.

**Visitas Domiciliares** - como citado anteriormente não existia VD foi realizado um levantamento por micro área das necessidades, a partir de critérios pré-estabelecidos pela equipe e feito cronograma mensal de VD por equipe.

**Melhoria dos registros de doenças compulsórias**- Melhorei o preenchimento e a organização das fichas de notificação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAM) de fácil acesso numa pasta no consultório.

**Saúde Mental** - fiz meu projeto de intervenção com o tema na área de Saúde Mental sugerindo a minha equipe novos olhares e atitudes que possibilitassem suporte emocional aos usuários que apresentassem situações de sofrimento, principalmente através de um bom Acolhimento e de uma boa escuta qualificada.

Enfim, reconheço que a Atenção Básica através das equipes de saúde da família representa a porta de entrada no sistema de saúde, por isso acho fundamental o investimento na área de Educação Permanente para todos os profissionais das Equipes. Uma equipe qualificada traz melhoria na qualidade do atendimento ocasionando uma melhor satisfação dos usuários e aumento da credibilidade e legitimidade dos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L., Lagrange V. **A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio.** In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.

ALBUQUERQUE, A.B.B, Bosi MLM. **Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cad de Saúde Pública. 2009; 25(5): 1103-12.

ALVES, G.G., Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(1):319-325. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

BRASIL. Lei 10216 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.** Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão**



**arterial** sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128

CUNHA MAO, Moraes HMM. **A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias** (aparentes e ocultas). *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(6):1651-60. DOI:10.1590/S1413-81232007000600026 [ [Links](#) ]

DANTAS, M.B.P., Silva MRF, Feliciano KVO. **Subjetividade e diálogo na educação em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família**. *Rev. APS*. 2010; 13(4): 432-444.

FEUERWERKER, L.C.M., Merhy EE. **Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas**: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8. DOI:10.1590/S1020-49892008000900004 [ [Links](#) ]

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde**. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

OLIVEIRA, D.L. **A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação**. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(3):423-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300018>

PAULON, Simone Mainieri. **A Análise de Implicação como Ferramentas na Pesquisa-intervenção**. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), p. 18-25, set-dez, 2005.

PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **Pesquisa-intervenção e cartografia**: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, UERJ, Ano 10, 1, p.85-110. 2010.

RODRIGUES, C.C., Ribeiro KSQS. **Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família**. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2012; 10(2): 235-255. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200004>

SÍCOLI, JL, Nascimento PR. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização.** Interface (Botucatu). 2003; 7(12): 101-122. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008>

SILVA KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. **Atenção domiciliar no Brasil: avanços e desafios para mudança no modelo tecnoassistencial em saúde.** *SIICsalud (Buenos Aires)*. 2007;18:1. [ [Links](#) ]

SILVA, Kênia Lara et al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.1, pp.166-176. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100018>.

SOUSA, Maria Fátima de; FERNANDES, Afra Suassuna; ARAUJO, Cinthia Lociks; FERNANDES, Maria Cristina. **Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades.** *Divulg Saúde Debate*. 2000;(21):7-14.

SOUZA, MF. **O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica.** *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(2): 153-158. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>

TESSER, C.D., Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. **Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente.** *Ciência Saúde Coletiva*. 2011; 16(11): 4295-4306. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200002>

WESTPHAL, Márcia Faria; BÓGUS, Cláudia Maria; FÁRIA, Mara de Mello. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil.** *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, v.120, n.6, p.472-481, 1996.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO  
ALEGRE

Curso de Especialização em Saúde da Família da UFCSPA

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Anna Beatriz Chagas Freitas

IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE  
SAÚDE DE FAMÍLIA SAMAUMAPARA

BELÉM

2018

Anna Beatriz Chagas Freitas

**IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE DE  
SAÚDE DE FAMÍLIA SAMAUMAPARA**

Projeto de intervenção do curso de especialização  
em Atenção Básica em Saúde da Família pela  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de  
Porto Alegre e UNASUS.

Belém

2018

## Sumário

1- Introdução.....	3
2- Problema.....	3
3- Justificativa.....	3
4- Objetivos.....	4
4.1 Objetivo Geral .....	4
4.2. Objetivos Específicos .....	4
5- Revisão de Literatura .....	5
5.1. A reforma Psiquiátrica no Brasil .....	5
5.2. A Estratégia de Saúde da família (ESF) na atenção a saúde mental no Brasil.....	8
6- Metodologia .....	9
7 - Cronograma.....	11
8 - Recursos Necessários .....	12
9 - Resultados Esperados .....	12
10-Referências Bibliográficas .....	13
11-Anexo .....	15

## 1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos. O período atual caracteriza-se pela construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e pela fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes (BRASIL, 2005). A Atenção Básica tem como um de seus princípios ser o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013). Neste contexto é importante o envolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a Saúde Mental, pois suas equipes estão inseridas no cotidiano da comunidade, com enorme vínculo, e ainda propiciando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população.

## 2. PROBLEMA:

Dificuldade de acesso e acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais atendidos e/ou cadastrados na Unidade de Saúde da Família de Samaumapara no município de Bragança-PA.

## 3. JUSTIFICATIVA:

Na Unidade de Saúde da Família Samaumapara (Bragança-PA) um dos problemas identificado no cotidiano do processo de trabalho é o acesso dos usuários portadores de algum transtorno mental e como consequência o acompanhamento destes, pois a demanda é muito maior que a possibilidade de oferta e também não dispõe de uma Rede de Atenção Psicossocial estruturada.

A população adscrita necessita de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação), além disso, há os transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas. Esse problema, exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva. E também tem uma parte da população que não sofre de transtornos severos, mas precisa de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem. No entanto, os profissionais das Equipes de Saúde da Família não tiveram nenhuma capacitação para este tipo de demanda.

É necessário a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde através das equipes de Saúde da Família, para melhorar a abordagem das situações de saúde mental com possíveis respostas efetivas para o desafio da acessibilidade e uma melhoria do cuidado da Atenção em Saúde Mental no município de Bragança-PA. Nesta ótica, um projeto de intervenção permitirá identificar algumas estratégias de cuidado em saúde mental que poderá ser desenvolvida pela Equipe de Saúde da Família e também evidenciar a importância de um processo de formação permanente aos profissionais dessas equipes. A necessidade de desenvolver estudos sobre as práticas cotidianas do processo de trabalho na Saúde da Família motivadas pela demanda da área de Saúde Mental, levou a realização dessa proposta de intervenção.

#### 4. OBJETIVOS

##### 4.1 OBJETIVO GERAL

- Melhorar a Atenção em saúde mental na Unidade de Saúde da Família (USF) de Samaumapara no Município de Bragança-Pará.

##### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a demanda em saúde mental presente no cotidiano de trabalho das Equipes de Saúde da Família;
- Implantar um processo de formação permanente junto aos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF);
- Avaliar as repercussões desta formação junto aos profissionais das equipes de Saúde da Família.

## 5. REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

As políticas em saúde mental no Brasil sofreram mudanças na regulamentação e nas formas de atendimento tirando o privilégio dos manicômios e hospitais psiquiátricos como únicas formas de tratamento. A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituído no Brasil pelas Leis Federais 8080/1990 e 8142/90. Leis, Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde priorizam o atendimento ao portador de transtorno mental em sistema comunitário.

Nos anos 70 dá-se início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

No ano de 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Este Movimento passa a e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em março de 1986 foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004). Em 1987 aconteceu em Bauru, SP o II Congresso Nacional do MTSM que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).



Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) deu início há um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período no município de Santos são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas; são criadas cooperativas; residências para os egressos do hospital e associações (BRASIL, 2005).

Os principais marcos legais para a regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil:

-O Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) em 1989, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país;

- Portaria GM 224/92 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde. Essa Portaria define os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar;

- Portaria GM 224/92 proíbe a existência de espaços restritivos e exige que seja resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados e feito o registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes.

- Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 institui os Serviços Residenciais Terapêuticos definidos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social;

-No ano de 2001 a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo.

-A Lei Federal 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios;

-A Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional;

-A Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS.

-A Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003 institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

-A Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004;

-Atualmente os CAPS e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde.

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, permitiram a redução de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos (BRASIL,2005).

## 5.2 A Estratégia de Saúde da família (ESF) na atenção a saúde mental no Brasil

A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde-SUS tornou-se fundamental para

a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado por meio de ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham.

Diariamente as equipes de saúde da família se deparam com problemas de saúde mental, pois, segundo dados, cerca de 56% das equipes referem ter realizado ações de saúde mental, o que as torna um importante recurso estratégico para o enfrentamento a este agravo. E o Ministério da Saúde, para o atendimento desta população, julga ser importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica (BRASIL,2013).

O Ministério da Saúde teve como objetivo na proposta da ESF reorganizar as Unidades Básicas de Saúde, para que estas, além de se tornarem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população(SOUSA,2000). As Equipes de Saúde da Família devem estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população ligada por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento e do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo(BRASIL,2006).Assim, a Estratégia da Saúde da Família é capaz de desenvolver mecanismos capazes de ouvir, escutar e orientar, representando neste sentido a efetivação de princípios do SUS fundamentais no desenvolvimento de suas práticas como a integralidade e a resolubilidade dos problemas encontrados na área de saúde mental.

## 6. METODOLOGIA

Será utilizada como estratégia metodológica a pesquisa-intervenção, com o objetivo de realizar um diagnóstico das demandas em saúde mental que chegam aos profissionais das ESF. Também será desenvolvida uma atividade de formação com esses profissionais a fim de subsidiá-los a lidar com tal demanda, a intervenção será realizada na UBS de Samaumapara(Bragança-PA).

A pesquisa-intervenção se trabalha na perspectiva de interrogar múltiplos sentidos cristalizados nas instituições (ROCHA E AGUIAR,2003). O foco da intervenção está mais voltado para a produção de acontecimentos, tendo uma possibilidade da experiência humana inédita, o que leva o pesquisador está a disposição para acompanhar e surpreender-se com essa experiência ( PAULON, 2005).A pesquisa-intervenção propõe uma investigação no intuito de contribuir com o que está sendo produzido de interessante para as vidas em jogo na realidade estudada. Tal estratégia metodológica procura trabalhar com a possibilidade de o pesquisador contribuir com os problemas do coletivo em que se inseriu para investigar (PAULON, ROMAGNOLI, 2010). Neste processo é o que o investigador produz possíveis respostas àquilo que ele toma como alvo de investigação, engendrando pistas para a melhor compreensão/intervenção no campo investigado.

A *primeira etapa* a ser realizada será a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados.

A *segunda etapa* é a realização dos grupos focais com os profissionais das duas equipes de Saúde da Família para identificar as demandas em saúde mental presentes em seu cotidiano de trabalho, as estratégias que desenvolvem e também levantar sobre quais suportes eles julgam necessário para atender estas demandas.

Enquanto técnica os grupos focais permitem verificar como as pessoas avaliam uma experiência, definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações se encontram associadas a determinado fenômeno (WESTPHAL,BÓGUS & FARIAS, 1996). Entre as diversas finalidades da técnica do grupo focal encontramos relatos de pesquisas que a utilizaram em etapas diagnósticas, com vistas a subsidiar o planejamento de capacitações (LERVOLINO, PELICIONI, 2001). Suas vantagens são: atingir o maior número de pessoas; colocar os participantes em situação de interação, possibilitando a percepção dos consensos e controvérsias; possibilitar a observação de

interpessoais. Outra vantagem importante é que os grupos focais servirão não apenas para uma coleta de dados, mas para mobilizar os participantes à interação grupal e a socialização dos problemas e estratégia de solução preparando-os para a terceira etapa da pesquisa que consiste em um processo de formação em saúde.

O conteúdo abordado nos grupos focais terá um roteiro norteador com as seguintes questões:

- Quais são as situações, questões de saúde mental que aparecem no cotidiano de trabalho dos profissionais?
- Como lidam com essa demanda? Que estratégias utilizam?
- Como a equipe geralmente age diante desses casos? O que tem sido feito em relação a esses casos?
- Qual o suporte necessário para dar conta destas demandas?
- Como é morar e trabalhar na mesma área? Que implicações isso traz?

A *terceira etapa* será elaborar e executar uma proposta de educação permanente a partir das temáticas identificadas pelos profissionais como demandas em saúde mental presentes do cotidiano de trabalho.

A *quarta etapa* será a realização de grupos focais para avaliação do impacto das atividades de formação desenvolvidas na terceira etapa no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família.

## 7. CRONOGRAMA

ETAPAS	JUL/ 17	AG/ 17	SET/ 17	OUT/ 17	NOV/ 17	DEZ/ 17	JAN/ 18	FEV/ 18	MAR/ 18
1- Apresenta ção do projeto de intervençã o para as equipes de saúde;	X								
2- realização dos grupos focais com os profission ais das duas equipes de Saúde da Família;	X	X							
3- Elaboraça o e execução da proposta de educação		X	X	X					



## 8. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Recursos Humanos : 02 Médicos; 02 Enfermeiros; 3 Técnicos de Enfermagem; 16 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 01 Dentista e 02 Técnicos de Higiene Bucal(THD).
  - Recursos materiais: Equipamento de multimídia; Caneta; papel A4; xérox do caderno da Atenção Básica em Saúde Mental.
  - Recurso Físico: Sala para realização de grupos focais.
- OBS: Todos os recursos serão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Unidade de Saúde da Família de Samaumapara.

## 9. RESULTADOS ESPERADOS

Após a realização deste projeto de Intervenção espera-se :

- Melhorar o atendimento das demandas de saúde mental presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde da família;
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar através da percepção de que as práticas de saúde mental podem ser realizadas por todos os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, independente de suas formações específicas;
- Que os profissionais de Saúde incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária;
- Implantação do processo de Educação Permanente em Saúde Mental a partir do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.



## 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AGUIAR, Katia Faria de; ROCHA, Marisa Lopesda. **Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises, Psicologia, Ciência e Profissão**, 23 (4), p. 64-73, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992. **Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 1992.

BRASIL. Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000. **Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2000.

BRASIL. Lei 10216 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.** Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002.

BRASIL. Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002. **Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002.

BRASIL. Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003. **Institui o auxílio reabilitação psicossocial - Projeto de Volta para casa.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2003.

BRASIL. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. **Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.** Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: MS, 2006.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** Rev. Esc. Enf. USP, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

PAULON, Simone Mainieri. **A Análise de Implicação como Ferramentas na Pesquisa-intervenção.** Psicologia & Sociedade, 17 (3), p. 18-25, set-dez, 2005.

PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **Pesquisa-intervenção e cartografia:** melindres e meandros metodológicos. Estudos e Pesquisa em Psicologia, UERJ, Ano 10, 1, p.85-110. 2010.

SOUSA, Maria Fátima de; FERNANDES, Afra Suassuna; ARAUJO, Cinthia Lociks; FERNANDES, Maria Cristina. **Gestão da atenção básica:** redefinindo contexto e possibilidades. Divulg Saúde Debate. 2000;(21):7-14.

WESTPHAL, Márcia Faria; BÓGUS, Cláudia Maria, FÁRIA, Mara de Mello. **Grupos focais:** experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. Oficina Sanit. Panam., v.120, n.6, p.472-481, 1996.

## **ANEXO 1.1**

### **ROTEIRO NORTEADOR DOS GRUPOS FOCAIS**

- Quais são as situações, questões de saúde mental que aparecem no cotidiano de trabalho dos profissionais?

- Como lidam com essa demanda? Que estratégias utilizam?

- Como a equipe geralmente age diante desses casos? O que tem sido feito em relação a esses casos?

- Qual o suporte necessário para dar conta destas demandas?

- Como é morar e trabalhar na mesma área? Que implicações isso traz?