

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

OFICINAS

INTERLOCUÇÕES

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Unidades Temáticas

Saúde mental dos profissionais de saúde.

Patrícia Helena Duarte da Costa

Políticas públicas de saúde: a Reforma Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde.

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Acolhimento, intervenção em crise.

Veridiana Marucio

A saúde mental na Atenção Básica: da promoção à reabilitação.

Maurício Lourenção Garcia

Equipe, equipamentos e práticas em saúde mental.

Disete Devera

A centralidade na unidade familiar.

Telma R. de Paula Souza

Saúde mental do trabalhador e da trabalhadora.

Luiz Eduardo Cobra Lacorte

Indivíduos, grupos sociais, comunidade e o agente comunitário de saúde.

Nilton Júlio de Faria

Os direitos dos usuários, Controle Social e protagonismo social.

Débora Fonseca

Violências cotidianas: intra-familiar, escolar e urbana.

Elaine Aparecida Lorenzato

Usos e abusos de substâncias lícitas e ilícitas.

Edson Olivari de Castro

A construção do sofrimento psíquico do sujeito em seu ciclo vital: infância.

Marcela Casacio Fereira Teixeira

A construção do sofrimento psíquico do sujeito em seu ciclo vital: adolescência.

Gisleine Scavacini de Freitas

A construção do sofrimento psíquico do sujeito em seu ciclo vital: adulto e idoso.

Tatiana Slonczewski C. Messias

Integralidade, rede social e conquista de direitos.

Ricardo Teixeira

Elaboração do Projeto:

Ana Cristina Delgado Lopérgolo

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

*Caroline Aparecida de Rosa
Edson Olivari de Castro
Gisleine Scavacini de Freitas
José Ravanelli Neto
Maribel Cajete Vaquez
Simone Aparecida Ramalho
Tatiana Slonczewski Caselli Messias
Telma Regina de Paula Souza
Vandrea Novello*

Facilitadores nas oficinas (Profissionais da Saúde):

*Camila Ribeiro Lage
Caroline Aparecida de Rosa
José Ravanelli Neto
Vandrea Novello*

Monitores (alunos do Curso de Psicologia da UNIMEP):

*Alexandre C. Marinho
Evelyn Sant'Anna Sampaio
Fernanda Momis
Milena Massaro
Natália Guimaro Srair
Natalia Thais A. Germano
Rodrigo Trevisan Brunelli
Simone Oberstern Salgado
Vanessa de Fátima Ribeiro Duarte*

Observadores (alunos do Curso de Psicologia)

*Ana Paola M. Ventosa
André Moura Pedroso
Mariane Sehn
Mayara Ketman Tonim*

Apoio de secretaria: Simone Maria Cruz de Arruda e Elenice Aparecida Ribalta (financeiro)

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Coordenação: *Telma R. de Paula Souza*

Realização: Curso de Psicologia da UNIMEP

Parcerias: CDQSUS DRS X – Piracicaba

Núcleos de Educação Permanente dos Colegiados de Araras, Limeira, Piracicaba e Rio Claro

Secretaria da Saúde de Piracicaba

Secretaria de Estado da Saúde (São Paulo)

Capa: Óleo sobre tela de *Márcio Martins* (usuário do CAPS II Bela Vista – Piracicaba/SP) – 1º lugar nas Olimpíadas InterCAPS (2009)

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

SUMÁRIO

Os atores da atenção básica e da saúde mental: identidade e reconhecimento.....	07
Turma I.....	07
Turma II.....	16
Saúde mental dos profissionais de saúde.....	27
Turma I.....	27
Turma II.....	30
Políticas públicas de saúde: a Reforma Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde.....	41
Turma I.....	41
Turma II.....	47
Acolhimento, intervenção em crise.....	52
Turma I.....	52
Turma II.....	44
A saúde mental na Atenção Básica: da promoção à reabilitação.....	58
Turma I.....	58
Turma II.....	62
Equipe, equipamentos e práticas em saúde mental.....	69
Turma I.....	69
Turma II.....	74
A centralidade na unidade familiar.....	78
Turma I.....	78
Turma II.....	84
Saúde mental do trabalhador e da trabalhadora.....	91
Turma I.....	91
Turma II.....	94
Indivíduos, grupos sociais, comunidade e o agente comunitário de saúde.....	102

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Turma I.....	102
Turma II.....	106
Os direitos dos usuários, Controle Social e protagonismo social.....	115
Turma I.....	115
Turma II.....	117
Violências cotidianas: intra-familiar, escolar e urbana.....	130
Turma I.....	130
Turma II.....	141
Usos e abusos de substâncias lícitas e ilícitas.....	152
Turma I.....	152
Turma II.....	159
A construção do sofrimento psíquico do sujeito em seu ciclo vital: infância, adolescência, adulto e idoso.....	167
Turma I.....	167
Turma II.....	181
Integralidade, rede social e conquista de direitos.....	200
Turma I.....	200
Turma II.....	203

Ter nascido me estragou a saúde

...e mais....

Ela acreditava em anjo e, porque acreditava, eles existiam.

(A Hora da Estrela)

Clarice Lispector

Os atores da atenção básica e da saúde mental: identidades e reconhecimento

19-03-2010: TURMA I

Objetivos:

Pré-diagnóstico dos serviços, das inadequações, dos desafios e indicadores para a superação dos entraves relacionais que impactam negativamente na qualidade dos atendimentos à população. Esclarecimentos acerca do projeto de educação permanente em saúde mental na atenção básica.

Discussão:

Identificação dos atores do Sistema e seu papel no atendimento aos usuários, considerando-se todos da equipe responsável pela atenção básica.

Metas:

Construção de uma base de análise concreta, a partir dos dados empíricos relatados e discutidos pelos participantes.

Questões para os grupos, trabalhadas por meio de dinâmica de grupo:

Definir três qualidades IDEAIS dos atores da atenção básica:

Por consenso no sub-grupo, escolher três qualidades para cada ator e justificar

Que impactos a PRESENÇA dessas qualidades produz nos serviços?

Que impactos a AUSÊNCIA dessas qualidades produz nos serviços?

Determinantes/causas da PRESENÇA das qualidades: O que facilita a existência das qualidades?

Determinantes/causas da AUSÊNCIA das qualidades: O que impede a existência das qualidades?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

SÍNTESE DAS DISCUSSÕES

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE			
Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Ético 2 – Comunicativo 3 – Dinâmico	1 – Eficiência 2 – Mais envolvimento 3 – Qualidade do serviço	1 – Muitas fofocas, intrigas 2 – Dificuldade na integração com a equipe 3 – diminuição na produtividade	1 – Formação pessoal e experiência 2 – Perfil 3 – Características pessoais (A) e aprimoramento (E)
1 – Dinâmico 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – Identificar a situação 2 – Melhor tratamento, prognóstico, resolutividade 3 – melhor abordagem, educação em saúde	1 – Ineficiência do diagnóstico e intervenção 2 – Negligência, imprudência e impaciência 3 – Dificuldade na abordagem interrompe a cadeia de informações	1 – Prática, amadurecimento, troca, bom relacionamento com a equipe 2 – Capacitação, interesse, motivação 3 – Perfil
1 – Acolhedor 2 – Ética 3 – Dinâmico	1 – Melhor qualidade no serviço 2 – Melhor adesão da população 3 – Mobilização e sensibilização dos usuários do serviço	1 – Piora da qualidade do serviço 2 – Desmotivação 3 – Desinteresse do usuário	1 – Boas condições de trabalho 2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Boa comunicação, dinamismo 2 – Comprometimento, ética 3 – Respeitar Hierarquia	1 – Melhor atendimento á população 2 – Melhor andamento da equipe 3 – Qualidade no serviço	1 – Dificuldades e conflitos no atendimento	1 – Valorização profissional, capacitação 2 – Melhores salários, material, espaço adequados e integração 3 – Interesses políticos interferindo no serviço de saúde
1 – Empatia 2 – Comprometimento 3 – Ética	1 – Credibilidade 2 – Rivalidade no serviço 3 – Promoção de saúde	1 – Falta do controle da doença, descontinuidade do tratamento 2 – Descontentamento da população 3 – Validação das diretrizes básicas do SUS	1 – Educação permanente, continuada 2 – Vontade Política, apoio da gestão 3 – Intersetorialidade
1 – Comprometimento 2 – Acolhimento (A) e orientação 3 – Imparcialidade e resolutividade	1 – Confiança 2 – Satisfação dos usuários 3 – Melhoria no atendimento	1 – Revolta da comunidade 2 – Falta de informação 3 – Falha no atendimento do PSF	1 – Treinamento e supervisão de casos 2 – Perfil pessoal 3 – Comprometimento com o trabalho

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

DENTISTA			
Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Eficiente 2 – Interação com equipe 3 – Humanização	1 – Qualidade do serviço 2 – Satisfação dos usuários e da equipe 3 – Interação com a população	1 – Baixa qualidade da saúde dos pacientes 2 – Diminuição da qualidade do serviço 3 – Serviço mecanizado	1 – Formação e atualização 2 – Experiência pessoal e profissional 3 – Formação acadêmica e personalidade
1 – Envolvimento 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – Intervenções adequadas 2 – Melhor tratamento, resolutividade, prognóstico 3 – Melhora no trabalho interdisciplinar	1 – Ineficiência no diagnóstico e intervenção 2 – Maior incidência de negligência 3 – Serviço fragmentado	1 – Prática, amadurecimento, troca, bom relacionamento com a equipe 2 – Oportunidade capacitação, interesse e motivação 3 – Formação acadêmica, estrutura do serviço
1 – Acolhedor 2 – Participativo 3 – Resolutividade (conclusão do tratamento)	1 – Criação de vínculo com a população 2 – Melhora da qualidade na saúde do paciente 3 – Melhora da qualidade de vida e auto-estima	1 – Falta de adesão 2 – Piora da qualidade do serviço 3 – Acometimento a doença	1 – Capacitação profissional 2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Comprometimento 2 – Orientação 3 – Paciência	1 – Qualidade no serviço 2 – Melhor condição de atendimento 3 – Afinidade da população melhora a saúde	1 – Aumento de problemas Bucais 2 – Mais custos na saúde 3 – Sobrecarga de outro profissional	1 – Valorização profissional, capacitação 2 – Melhores salários, material, espaços adequados e integração 3 – Interesses políticos interferindo no serviço de saúde
1 – Educador 2 – Acolhedor 3 – Disponibilidade para o trabalho em equipe	1 – Credibilidade 2 – Rivalidade no serviço 3 – Promoção de saúde	1 – Falta de controle das doenças, descontinuidade do tratamento 2 – Descontentamento da população 3 – Validação das diretrizes básicas do SUS	1 – Educação permanente e continuada 2 – Vontade política (apoio da gestão) 3 – Intersetorialidade
1 – Trabalho em equipe 2 – Conhecimento da comunidade 3 – Profissionalismo	1 – Satisfação dos usuários 2 – Ações preventivas 3 – Melhora no atendimento	1 – Foco no curativo 2 – Demanda reprimida 3 – Não adesão ao tratamento	1 – Formação profissional 2 – Ética profissional 3 – Respeito pelo ser humano

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

AUXILIAR DE ENFERMAGEM			
Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Acolhimento 2 – Autonomia e resolutividade 3 – Cuidadores	1 – Vínculo 2 – Melhoria no fluxo do atendi/o 3 – Interação entre serviço e comum	1 – Reclamação 2 – Insatisfação 3 – Sobrecarga	1 – Empatia 2 – Formação profissional 3 – Ética
1 – Acolhedor 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – Intervenções adequadas 2 – Melhor tratamento 3 – Segurança do paciente	1 – Ineficiência no diagnóstico 2 – Negligência 3 – Insegurança	1 – Troca 2 – Amadurecimento 3 – Prática
1 – Acolhedor 2 – Habilidade 3 – Ética	1 – Adesão do usuário 2 – Resolutividade do tratamento 3 – Confiança do usuário	1 – Insegurança 2 – Ruptura do tratamento 3 – Desconfiança	1 – Capacitação 2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Comprometimento 2 – Acolhimento 3 – Dinâmico	1 – Qualidade no serviço 2 – Vínculo 3 – Eficiência	1 – Dificuldades e Conflitos no serviço e no atendimento	1 – Respeito ao funcionário 2 – Material adequado 3 – Integração com a equipe
1 – Acolhimento 2 – Ética 3 – Conhecimento	1 – Credibilidade 2 – Qualidade no serviço 3 – Promoção de saúde	1 – Descontinuidade do tratamento 2 – Descontentamento 3 – Violação do SUS	1 – Educação Permanente 2 – Vontade política 3 – Intersetorialidade
1 – Cuidador 2 – Dinâmico 3 – Responsabilidade	1 – Melhor atendimento 2 – Qualidade 3 – Eficiência	1 – Pac. Desassistido 2 – Diminui a qualidade do serviço 3 – Aumento do erro	1 – Vivência 2 – Aprimoramento 3 – Formação acadêmica

ENFERMEIRO			
Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Acolhimento 2 – Capacidade de gerir pessoas e processos 3 – Resolutividade	1 – Vínculo, foco na pessoa e não na doença 2 – Agilidade no processo 3 – Solução de situação problema	1 – Desorganização 2 – Insatisfação geral 3 – Demandas pendentes	1 – Ética 2 – Interesse pessoal 3 – Vocação
1 – Eficiência 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – Intervenções adequadas 2 – Melhor tratamento 3 – Organização	1 – Ineficiência no diagnóstico 2 – Negligência 3 – Desestruturação	1 – Prática 2 – Capacitação 3 – Perfil
1 – Aptidão	1 – Adesão da população	1 – Desestruturação da equipe	1 – Isonomia salarial

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

2 – Liderança 3 – Responsabilidade	2 – Organização do serviço 3 – Bons resultados	2 – Desorganização 3 – Piora dos resultados	2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Estrategista 2 – Acolhedor 3 – Paciente	1 – Bom atendimento 2 – Vínculo 3 – Resolutividade	1 – Perda do fluxo do atendimento	1 – Interesses políticos 2 – Rede social 3 – Valorização do trabalho
1 – Liderança 2 – Ética 3 – Acolhimento	1 – Credibilidade 2 – Qualidade no serviço 3 – Promoção de saúde	1 – Falta de controle das doenças 2 – Descontentamento da população 3 – Violação do SUS	1 – Educação permanente 2 – Vontade política 3 – Intersetorialidade
1 – Interativo 2 – Capacitado 3 – Responsável	1 – Troca com a equipe 2 – Informações precisas 3 – Bons resultados	1 – Falta de comunicação 2 – Deficit de assistência 3 – Desorganização	1 – Vivência 2 – Disposição 3 – Formação acadêmica

MÉDICO			
Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Humanização 2 – Escuta e Acolhimento 3 – Carisma e resolutividade	1 – Vínculo e Confiança 2 – Adesão ao tratamento devido a confiança 3 – Confiança do paciente no médico	1 – Não adesão ao tratamento 2 – Perda do vínculo 3 – Cronificação de queixas (do quadro)	1 – Formação acadêmica 2 – Perfil Pessoal 3 – Ética profissional
1 – Disponibilidade 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – Identificar situação para melhor diagnóstico 2 – Melhor tratamento, resolutividade e prognóstico 3 – Melhora no trabalho interdisciplinar	1 – Ineficiência no diagnóstico e intervenção 2 – Maior incidência de negligência, imprudência e imperícia 3 – Dificuldade na abordagem interrompe a cadeia de informação	1 – Prática, amadurecimento, troca, bom relacionamento com equipe 2 – Capacitação, interesse e motivação 3 – Formação acadêmica e estrutura do serviço
1 – Comprometimento e vínculo 2 – Participativo na equipe 3 – Perfil para o trabalho	1 – Segurança ao usuário e confiança na equipe 2 – Melhor desenvolvimento das ações 3 – Criação e permanência do vínculo	1 – Insegurança do usuário 2 – Prejuízo do desenvolvimento das ações 3 – Evasão dos usuários	1 – Capacitação profissional 2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Comprometimento 2 – Paciência 3 – Humano	1 – Qualidade de vida 2 – Melhor atendimento e resolutividade 3 – Melhor integração	1 – Piora no atendimento à população 2 – Piora na saúde da população 3 – Sobrecarga em outros serviços	1 – Valorização profissional, capacitação 2 – Melhores salários, material, espaço adequados e integração 3 – Interesses políticos interferindo no serviço de saúde

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

1 – Acolhimento 2 – Ética 3 – Comprometimento	1 – Credibilidade 2 – Qualidade no serviço 3 – Promoção de Saúde	1 – Falta do controle das doenças/descontinuidade do tratamento 2 – Descontentamento da população 3 – Violação das diretrizes básicas do SUS	1 – Educação Permanente/Continuada 2 – Vontade política + apoio de gestão 3 – Intersetorialidade
1 – Escuta 2 – Atuante 3 – Interativo	1 – Melhora do atendimento "diagnóstico" 2 – Interação entre equipe e população 3 – Melhora de qualidade no serviço	1 – Maior erro nos diagnósticos 2 – Desarticulação 3 – Desassistido	1 – Formação pessoal e profissional 2 – Perfil e interesse 3 – Vivência

ASSISTENTE SOCIAL			
Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Acolhimento e carisma 2 – Trabalho em rede 3 – Pró-atividade e competência	1 – Confiança no serviço 2 – Articulação 3 – Agilização	1 – Interrupção do fluxo de atendimento 2 – Cronificação dos quadros 3 – Fragmentação do serviço	1 – Desarmonia 2 – Diminui a resolutividade 3 – Diminui a qualidade no serviço
1 – Boa compreensão 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – Identificar situação para melhor diagnóstico 2 – Melhor tratamento, resolutividade e prognóstico 3 – Melhor diagnóstico situacional	1 – Ineficiência no diagnóstico e intervenção 2 – Maior incidência de negligência, imprudência e imperícia 3 – Ausência do agendamento	1 – Prática, amadurecimento, troca, bom relacionamento com equipe 2 – Capacitação, interesse e motivação 3 – Interesse, profissionalismo e formação adequada
1 – Acolhedor 2 – Resolução dos problemas 3 – Envolvimento com a realidade da comunidade	1 – Bem-estar da população 2 – Melhoria na qualidade de vida, situação problema 3 – Usuário se sente prestigiado	1 – Piora na qualidade de vida 2 – Diminuição da resolutividade do problema 3 – Desmotivação	1 – Capacitação profissional 2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Ouvir 2 – Saber orientar 3 – Engajamento e humanitário	1 – Melhor entendimento e resolutividade 2 – Alcança mais objetivos 3 – Melhor atendimento, mais qualidade	1 – Sem solução dos problemas 2 – Aumento do custo para o município	1 – Valorização profissional, capacitação 2 – Melhores salários, material, espaço adequados e integração 3 – Interesses políticos interferindo no serviço de saúde
1 – Ética 2 – Olhar crítico 3 – Articulador	1 – Inserção social 2 – Autonomia 3 – Quebra de paradigmas	1 – Exclusão social 2 – Perda dos direitos humanos 3 – Preconceito	1 – Educação Permanente/Continuada 2 – Vontade política + apoio de gestão 3 – Intersetorialidade

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

1 – Ética 2 – Dinâmica 3 – Prática	1 – Eficiência 2 – Melhores articulações 3 – Problemas solucionados	1 – Desarmonia 2 – Diminui a resolutividade 3 – Diminui a qualidade no serviço	1 – Formação pessoal e acadêmica 2 – Interesse 3 – Experiência
--	---	--	--

ENFERMEIRO ESPECIALIZADO

Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Gostar e ter prazer no trabalho 2 – Resolutividade 3 – Humanização	1 – Comprometimento 2 – Agiliza os processos 3 – Vínculo	1 – Queda na qualidade do atendimento 2 – Sobrecarga da equipe 3 – Atendimento mecânico	1 – Formação acadêmica 2 – Perfil Pessoal 3 – Ética Profissional
1 – Envolvimento 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – identificar situação para melhor diagnóstico 2 – Melhor tratamento, resolutividade e prognóstico 3 – Maior envolvimento com a equipe e clientela	1 – Ineficiência no diagnóstico e intervenção 2 – Maior incidência de negligência, imprudência e imperícia 3 – Fragmentação do serviço e prejuízo no atendimento	1 – Prática, amadurecimento, troca, bom relacionamento com equipe 2 – Capacitação, interesse e motivação 3 – Melhor qualidade da formação profissional
1 – Paciência 2 – Comprometimento com usuários e familiares 3 – Facilitador	1 – Adesão do paciente ao serviço 2 – Confiabilidade 3 – Agilidade	1 – Abandono do tratamento 2 – Insegurança do usuário 3 – Morosidade	1 – Capacitação profissional 2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Comprometimento 2 – Paciente (A) e Humano 3 – Relacionamento e equipe	1 – Atendimento com qualidade 2 – Melhora o vínculo e integração 3 – Produtividade	1 – Sem fluxo e organização no atendimento 2- Dificuldade de relacionamento na equipe 3- Sem empatia para com o paciente	1 – Valorização profissional, capacitação 2 – Melhores salários, material, espaço adequados e integração 3 – Interesses políticos interferindo no serviço de saúde
1 – Empatia 2 – Ética 3 – Acolhimento	1 – Inserção social 2 – Autonomia 3 – Quebra de paradigmas	1 – Exclusão social 2 – Perda dos direitos humanos 3 – Preconceito	1 – Educação Permanente/Continuada 2 – Vontade política + apoio de gestão 3 – Intersetorialidade
1 – Liderança 2 – Orientador 3 – Interativo	1 – Articulação no serviço 2 – Equipe direcionada às metas 3 – Melhora na qualidade de serviço	1 – Desorganização 2 – Diminui eficiência 3 – Equipe desarticulada	1 – Formação pessoal e acadêmica 2 – Vivência 3 – Vivência e experiência

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

PSICÓLOGO			
Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Resolutividade 2 – Saber articular 3 – Acolhimento/paciência	1 – Melhoria no serviço 2 – Integração multiprofissional 3 – Adesão ao tratamento	1 – Sobrecarga de trabalho 2 – Equipe desestruturada 3 – Suporte profissional	1 – Perfil pessoal 2 – Estrutura emocional 3 – Ética profissional
1 – Empatia 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – Intervenções adequadas 2 – Melhor tratamento, resolutividade, prognóstico 3 – Vínculo terapêutico	1 – Ineficiência no diagnóstico e intervenção 2 – Negligência 3 – Dificuldade no abordar	1 – Relacionamento com a equipe 2 – Capacitação/motivação 3 – Formação acadêmica
1 – Acolhedor 2 – Comprometimento 3 – Empatia	1 – Adesão do usuário ao serviço 2 – Confiabilidade 3 – Confiança	1 – Descomprometimento 2 – Insegurança 3 – Evasão	1 – Isonomia salarial 2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Comprometimento 2 – Paciência/tranquilo/ouvir 3 – Disponibilidade	1 – Qualidade no atendimento 2 – Satisfação e resolutividade 3 – Acesso à população	1 – Menor resolutividade 2 – Aumenta custo 3 – Aumenta medicação	1 – Valorização profissional 2 – Melhor salário 3 – Condições de trabalho/interesse político
1 – Ética 2 – Empatia 3 – Acolhimento	1 – Inserção social 2 – Autonomia 3 – Quebra de paradigmas	1 – Exclusão social 2 – Perda dos direitos humanos 3 – Preconceito	1 – Educação Permanente/Continuada 2 – Vontade política 3 – Intersetorialidade
1 – Tolerante 2 – Escuta 3 – Mediador	1 – Harmonia 2 – Resolutividade 3 – Equilíbrio	1 – Falta de interação/insatisfação 2 – Ineficiência no trabalho 3 – Desarmonia	1 – Formação pessoal e acadêmica 2 – Perfil/experiência 3 – Vivência

PSIQUIATRA			
Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Humanização 2 – Envolvimento com o trabalho 3 – Ouvir/escuta	1 – Adesão ao tratamento	1 – Cronifica casos 2 – Não adesão ao tratamento 3 – Aumenta internação	1 – Formação acadêmica 2 – Perfil profissional 3 – Ética profissional
1 – Envolvimento 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – Intervenções adequadas 2 – Melhor tratamento, resolutividade, prognóstico 3 – Envolvimento	1 – Ineficiência no diagnóstico e intervenção 2 – Negligência 3 – Prejuízo no atendimento	1 – Relacionamento com a equipe 2 – Capacitação/motivação 3 – Estrutura do serviço
1 – Acolhedor	1 – Adesão do usuário ao serviço	1 – Descomprometimento	1 – Isonomia salarial

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

2 – Comprometimento 3 – Empatia	2 – Confiabilidade 3 – Confiança	2 – Insegurança 3 – Evasão	2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Comprometido 2 – Paciência/ouvir 3 – Empenho	1 – Qualidade no atendimento 2 – Melhora no atendimento 3 – Diminui o fluxo	1 – Diminui resolutividade 2 – Demanda fixa 3 – Demanda crescente	1 – Valorização profissional 2 – Melhor salário 3 – Condições de trabalho/interesse político
1 – Disponibilidade 2 – Ética 3 – Comprometimento	1 – Inserção social 2 – Autonomia 3 – Quebra de paradigmas	1 – Exclusão social 2 – Perda dos direitos humanos 3 – Preconceito	1 – Educação Permanente/Continuada 2 – Vontade política 3 – Intersetorialidade
1 – Humanização 2 – Escuta 3 – Tolerante	1 – Melhor diagnóstico 2 – Acertividade/apoio à equipe 3 – Harmonia	1 – Sobrecarrega profissionais 2 – Diagnóstico impreciso 3 – Usuários insatisfeitos	1 – Formação pessoal 2 – Perfil/experiência 3 – Formação acadêmica

TERAPEUTA OCUPACIONAL			
Qualidades	Impactos na presença	Impactos na ausência	Determinantes
1 – Afinidade com o trabalho e o paciente 2 – Inclusão na sociedade 3 – Tranqüilidade	1 – Melhora no cuidado	1 – Falta qualidade 2 – Não desenvolve habilidades 3 – Tira autonomia dos usuários	1 – Perfil pessoal 2 – Disponibilidade efetiva 3 – Ética profissional
1 – Criatividade 2 – Saber ouvir 3 – Conhecimento	1 – Intervenções adequadas 2 – Melhor tratamento, resolutividade, prognóstico 3 – Abord./ resolutividade	1 – Ineficiência no diagnóstico e intervenção 2 – Negligência 3 – Atendimento não funcional	1 – Relacionamento com a equipe 2 – Capacitação/motivação 3 – Formação acadêmica
1 – Socialização 2 – Descobrir novas habilidades 3 – Integração social	1 – Participação comunitária 2 – Qualidade de vida, evita internações 3 – Socialização	1 – Exclusão do usuário 2 – Aumento de internações 3 – Exclusão social	1 – Isonomia salarial 2 – Espaço físico adequado 3 – Remuneração justa
1 – Empatia 2 – Criativo 3 – Paciência	1 – Melhora atendimento 2 – Melhora condições do tratamento 3 – Qualidade do atendimento	1 – Diminui resolutividade 2 – Diminui melhora na qualidade de vida	1 – Valorização profissional 2 – Melhor salário 3 – Condições de trabalho/interesse político
1 – Empatia 2 – Disponibilidade 3 – Ética	1 – Inserção social 2 – Autonomia 3 – Quebra de paradigmas	1 – Exclusão social 2 – Perda dos direitos humanos 3 – Preconceito	1 – Educação Permanente/Continuada 2 – Vontade política 3 – Intersetorialidade

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

1 – Criativa 2 – Facilitadora 3 – Dinâmica	1 – Diversidade nas atividades 2 – Apoio à equipe 3 – Qualidade no serviço	1 – Ineficiência 2 – Trabalho retrógrado 3 – Diminuição na qualidade do serviço	1 – Formação pessoal e acadêmica 2 – Perfil 3 – Interesse
--	--	---	---

20-08-2010: TURMA II

Foi solicitado apenas as qualidades e os fatores que as determinam

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE		
QUALIDADES		FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	Perfil: empatia, capacidade de trabalhar em equipe, humanização. Conhecimento: região (área de atuação), noções básicas sobre saúde Capacidade de comunicação, dinamismo, pró-atividade	Conhecimento da área física, dinâmica da comunidade Motivação, reconhecimento, respaldo da equipe, apoio educação Educação permanente, participação popular através do conselho de saúde
Grupo 2	Acolhedor Interlocutor / facilitador Responsabilização	Seleção e formação qualificada Seleção de acordo com o perfil para exercer a função Numero adequado de profissionais Sobrecarga de trabalho e função
Grupo 3	Comunicativo para ter boa relação com a comunidade em que está inserido. Comunicativo, porque está inserido na comunidade onde trabalha. Comunicativo, para conseguir inserção na comunidade e estabelecer esta intersecção com a comunidade e serviço de saúde (pró-ativo). Ética para conduzir a problemática de forma discreta. Empático, com boa capacidade de observação. Observação, empatia.	Relação com a equipe. Comunicativo, perfil, formação. Preparação/formação. Ética, há a necessidade de formação dos agentes. Formação (até específica para ACS). Empatia, capacitação, investimento na formação

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Empatia justificando a necessidade de observar e interagir com a clientela. Ético, com relação a condução de fatos e dados que ele levanta. Ética para conduzir com cuidado as demandas das famílias e suas HD.	
Grupo 4	Formulário sem respostas.	<p>Conhecer a área de atuação, território físico. Conhecer a dinâmica da comunidade (território/área de atuação).</p> <p>Instrumentos adequados, material de atuação, <u>motivação</u> (reconhecimento do seu trabalho). Reconhecimento da equipe como fator de motivação, instrumentos de trabalho. Motivação/reconhecimento, respeito da equipe. Respaldo da equipe, motivação/estímulo, reconhecimento do trabalho. Perfil (acolhimento, saber trabalhar em equipe, ser simpático, humanização).</p> <p>Capacitação permanente. Capacidade de comunicação (pró-atividade). Educação permanente, qualificação.</p>
DENTISTA		
QUALIDADES		FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	Empatia, humanização Conhecimento Técnico e específico, atuação na área de prevenção Comunicação, comprometimento, orientação	Equipe de apoio, instrumentos e local de trabalho apropriado Equipe para auxiliar no serviço Educação permanente e capacitação
Grupo 2	Acolhedor Resolutividade Trabalhar em equipe	Envolvimento do profissional na saúde mental Construção de redes Comunicação eficiente Plano de cargos, salários e carreira
Grupo 3	Habilidade técnica para realizar suas ações com precisão. Habilidade técnica, trabalhar com precisão. Habilidade técnica para desempenhar com qualidade a função.	Formação. Habilidade técnica, formação. Convivência com equipe (trabalho em equipe). Acolhimento, terapia, convivência com a equipe, condições de trabalho.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	<p>Acolhedor para propiciar tranquilidade, segurança e promoção em saúde bucal. Acolhedor com o paciente, para favorecer a quebra do medo. Acolhedor.</p> <p>Ética para prestar serviço de forma humanizada Ético, interessar por aspectos que extrapolam sua formação restrita quando em equipe. Ética profissional (amplitude do cuidado).</p>	<p>Desconstrução de modelo “biologicista”. Ética, reuniões de equipe, questões administrativas, salariais, de formação, espaço para supervisão.</p>
Grupo 4	Formulário sem respostas.	<p>Equipes de apoio. Local de trabalho mais equipamentos adequados. (materiais). Instrumentos adequados. Conhecimento, habilidades praticas, conhecer território.</p> <p>Local e material adequado. Equipe para auxiliar no serviço. Perfil (acolhimento, saber trabalhar em equipe, ser simpático, humanização). Equipe de apoio.</p> <p>Educação permanente e capacitação. Capacitação permanente. Conhecimento, disponibilidade de criar alternativas para prevenção</p>
AUXILIAR DE ENFERMAGEM		
QUALIDADES		FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	<p>Saber orientar, empatia Capacitação básica Comunicação, comprometimento, orientação</p>	<p>Ações respaldadas por uma boa coordenação Espaço físico, local e material, adequados, número de profissionais adequados para a demanda Educação permanente, reconhecimento financeiro</p>
Grupo 2	<p>Acolhedor Resolutividade Trabalhar em equipe</p>	<p>Supervisão técnica Organização do fluxo do paciente no sistema de saúde e descentralização da figura do médico</p>
Grupo 3	Habilidade técnica para realizar procedimentos sem por	Formulário sem respostas.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	<p>em risco a vida do cliente. Habilidade técnica para procedimentos básicos. Habilidade técnica pros procedimentos.</p> <p>Acolhedor no intuito de promover bem estar. Boa comunicação pára corroborar com a fragilidade do paciente. Acolhedor, cuidadoso, promover bem-estar.</p> <p>Dinâmico no intuito de participar das ações envolvidas na enfermagem e sociais. Acolhedor, para promover o bem estar. Dinâmico, boa comunicação.</p>	
Grupo 4	Formulário sem respostas.	<p>Promover iniciativas, ações respaldadas por uma boa coordenação. Ter boa coordenação vinda do enfermeiro (ações respaldadas por uma boa coordenação). Adequada coordenação. Ações respaldadas por uma boa coordenação.</p> <p>Material adequado (espaço físico e profissionais). Número de profissionais adequados.</p> <p>Educação permanente, capacitação. Mérito (reconhecimento financeiro). Reconhecimento financeiro (motivação). Motivação, reconhecimento.</p>
ENFERMEIRO		
QUALIDADES		FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	<p>Saber orientar, empatia Capacitação básica Comunicação, comprometimento, orientação</p>	<p>Liderança, motivação interna e externa, Apoio da gestão Educação permanente</p>
Grupo 2	<p>Acolhedor Resolutividade Trabalhar em equipe</p>	<p>Segurança nas unidades Salários Tratamento igualitário nas diferentes unidades da secretaria da saúde (UPAM, UBS, USF).</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3	<p>Líder para organizar, responsabilizar-se e interagir com a equipe. Organizado, para promover o bom andamento do trabalho. Qualificação técnica.</p> <p>Capacidade de gerenciamento para uma boa administração e visão inter setorial. Capacidade de gerenciamento de pessoas e conhecimento da rede. Organizado, para promover um bom andamento do trabalho (capacidade de gerenciamento)</p> <p>Saber ouvir para ser um facilitador dentro da equipe e na saúde da população. Saber ouvir, tanto a queixa quanto a equipe para ser um bom facilitador. Saber ouvir equipe e usuários</p>	Formulário sem respostas.
Grupo 4	Formulário sem respostas.	<p>Gerenciamento competente. Liderança, motivação interna/externa. Motivação interno e externo. Apoio da gestão. Gerenciamento, apoio da gestão. Conhecimento (capacidade de planejamento)</p> <p>Apoio gestão, bom gerenciamento administrativo. Motivação interna e externa. Educação permanente.</p> <p>Motivação interna e externa, educação permanente.</p>
MÉDICO		
QUALIDADES		FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	<p>Saber orientar, empatia Capacitação básica Comunicação, comprometimento, orientação</p>	<p>Suporte técnico, sistema de referencia e contra- referencia, cumprimento de protocolos Política de humanização, apoio da gestão</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		Cobrança do gestor da carga horária, política pública definindo este profissional como membro da equipe
Grupo 2	Acolhedor Resolutividade Trabalhar em equipe	Responsabilidade Capacitação
Grupo 3	Cumprir carga horária para cumprir suas obrigações adequadamente. Cumprir a carga horária, como os demais membros da equipe com as mesmas obrigações. Cumprir a carga horária e ter as mesmas obrigações do restante da equipe. Trabalhar em equipe para exercer seu papel de forma humanizada. Saber trabalhar em equipe, para que se concretize o trabalho multidisciplinar. Trabalhar em equipe para concretizar o trabalho multidisciplinar. Atendimento acolhedor para exercer seu papel de forma humanizada e segura. Atendimento mais humanizado e acolhedor. Acolhedor, humanizado, habilidade técnica	Formulário sem respostas.
Grupo 4	Formulário sem respostas.	Suporte técnico, suporte material, físico, cumprimento de protocolos. Triagem-pré-consulta (suporte técnico), cumprimento de protocolos. Suporte técnico, sistema de referencia/contra-referência. Como funciona o sistema, a rede. Sistema de referencia e contra-referência funcional. Estar sempre sendo informado sobre como funciona o sistema. Política de humanização, apoio da gestão, compreensão da rede, cumprimento de protocolos. Apoio da gestão (cobrança de carga horária). Conhecimento da referencia/contra-referencia, como funciona a rede.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		<p>Apoio da gestão (cobrança de carga horária), políticas públicas de saúde que defina o médico como membro da equipe.</p> <p>Educação permanente.</p> <p>Referencia e contra-referencia funcionante.</p> <p>Apoio da gestão, políticas públicas.</p>
ASSISTENTE SOCIAL		
QUALIDADES		FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	<p>Paciência, articulação</p> <p>Capacitação básica</p> <p>Comunicação, comprometimento, orientação</p>	<p>Informação da rede, intersetorialidade, conhecer área física e demanda</p> <p>Cobrança do gestor da carga horária, política pública definindo este profissional como membro da equipe</p> <p>Educação permanente, participação popular através do conselho de saúde</p>
Grupo 2	Acolhedor	A presença de um assistente social acessível
Grupo 3	<p>Empatia para poder conduzir da melhor forma a situação. Empatia, para entender a situação do usuário da rede.</p> <p>Reconhecer os recursos da comunidade para facilitar, participar das ações necessárias.</p> <p>Conhecer a rede para facilitar ações e favorecer os encaminhamentos.</p> <p>Visão pró-ativa no intuito de ampliar sua abordagem e suas ações interagindo com outras áreas da saúde.</p> <p>Pró-ativos, envolvimento com as demais áreas do saber (multidisciplinar).</p>	Formulário sem respostas.
Grupo 4	Formulário sem respostas.	<p>Informação sobre a rede, apoio logístico.</p> <p>Acesso a informações, protocolos da rede, intersetorialidade.</p> <p>Busca de aprendizagem, aprimoramento.</p> <p>Intersetorialidade com os setores do município,</p> <p>Material adequado, apoio logístico.</p> <p>Educação permanente.</p> <p>Existência de rede de contato, acesso a intersetorialidade, educação</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		permanente. Existência de rede de contato (facilidade de acesso), educação permanente.
ENFERMEIRO ESPECIALIZADO		
	QUALIDADES	FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	Paciência, articulação Capacitação básica Comunicação, comprometimento, orientação	Apoio da gestão, equipe multidisciplinar Acesso a intersectorialidade, informação sobre a rede Educação permanente, participação popular através do conselho de saúde
Grupo 2	Acolhedor	Presença deste profissional
Grupo 3	Saber ouvir o cliente para ser um facilitador dentro da equipe e na saúde do cliente. Saber ouvir, respeitar o paciente em crise, debilitado. Conhecimento específico da área para respeitar o indivíduo e trabalhar de forma humanizada. Conhecimento técnico científico das enfermidades mentais para fazer diagnósticos diferenciais. Visão pró-ativa no intuito de ampliar sua abordagem e suas ações interagindo com outras áreas da saúde. Pró-ativos, envolvimento com as demais áreas do saber (multidisciplinar).	Formulário sem respostas.
Grupo 4	Formulário sem respostas.	Conhecimento da rede, apoio da gestão e educação continuada. Apoio da gestão, equipe multidisciplinar. Liderança, motivação, bom gerenciamento. Participação e apoio da equipe multidisciplinar. Educação permanente, continuada. Equipe multidisciplinar. Informações com a rede, acesso intersectorialidade. Apoio da rede. Educação permanente. Informações sobre a rede. Apoio da gestão e de equipe multidisciplinar.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

PSICÓLOGO		
QUALIDADES		FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	<p>Paciência, articulação Capacitação básica Comunicação, comprometimento, orientação</p>	<p>Estruturação da equipe de saúde mental, equipe interdisciplinar Discussão de caso, estruturação e material adequado Apoio da gestão</p>
Grupo 2	<p>Acolhedor</p>	<p>Presença deste profissional Número adequado de profissionais no município</p>
Grupo 3	<p>Ética para deixar seus valores e julgamentos de lado. Ético, desprovido de preconceitos e julgamentos.</p> <p>Acolhedor para propiciar tranqüilidade, segurança e acessibilidade aos usuários. Aberto a mudanças de paradigmas para o bom andamento da saúde do serviço público.</p> <p>Visão pró-ativa no intuito de ampliar sua abordagem e suas ações interagindo com outras áreas da saúde. Pró-ativos, envolvimento com as demais áreas do saber (multidisciplinar).</p>	<p>Formulário sem respostas.</p>
Grupo 4	<p>Formulário sem respostas.</p>	<p>Estruturação de mini equipes de SM, equipe multidisciplinar. Colocar a teoria em pratica, especializar-se na área.</p> <p>Estrutura e material adequados, capacitação relacionada a política do SUS. Perfil (pré-disponibilidade para trabalhar em saúde pública) e trabalhar em equipe. Apoio a equipe multidisciplinar. Discussão de caso, estrutura e material adequado.</p> <p>Apoio da gestão, equipe multidisciplinar. Estrutura e material adequado. Conhecimento política saúde mental do SUS, apoio gestão.</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

PSIQUIATRA		
QUALIDADES		FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	<p>Paciência, articulação Capacitação básica Comunicação, comprometimento, orientação</p>	<p>Atualização com as políticas públicas do estado, matriciamento nas equipes, equipes multidisciplinares Apoio da gestão, inserção do profissional nas equipes Educação permanente</p>
Grupo 2	<p>Acolhedor</p>	<p>Formação do psiquiatra para atuação no CAPS Escuta adequada</p>
Grupo 3	<p>Boa capacidade de comunicação no sentido de esclarecer e comunicar de forma acessível ao cliente. Comunicação, explicar e esclarecer as condutas ao usuário, tempo de tratamento, horários e efeitos.</p> <p>Visão holística, não olhar só para a questão mental e sim para o todo. Ouvir a queixa em sua abrangência e observar o paciente em seu todo. (disponível).</p> <p>Visão pró-ativa no intuito de ampliar sua abordagem e suas ações interagindo com outras áreas da saúde. Pró-ativos, envolvimento com as demais áreas do saber (multidisciplinar).</p>	<p>Formulário sem respostas.</p>
Grupo 4	<p>Formulário sem respostas.</p>	<p>Atualização das políticas vigentes da saúde mental. Inserção em equipes multidisciplinar, matriciamento nas equipes. Atualização com as políticas públicas do estado. Atualização com as políticas de saúde mental vigentes. Formação profissional. Visão organicista x visão psiquiátrica.</p> <p>Inserção do profissional nas equipes multiprofissionais. Apoio da gestão. Política da humanização. Formação, atualização com as políticas de saúde mental vigentes, matriciamento das equipes de atenção básica.</p> <p>Inserção profissional nas equipes multidisciplinares, apoio da gestão.</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

TERAPEUTA OCUPACIONAL		
QUALIDADES		FATORES DETERMINANTES
Grupo 1	Paciência, articulação Capacitação básica Comunicação, comprometimento, orientação	Apoio de equipe multidisciplinares, Estrutura física adequada, material para oficinas Educação permanente
Grupo 2	Acolhedor	Presença deste profissional Número adequado de profissional no município Material e estrutura física
Grupo 3	Criatividade para unir em seu trabalho diversas áreas do saber. Amplitude de atuação, criatividade. Acolhimento para facilitar a relação, o trabalho e melhorar sua atuação enquanto terapeuta. Conhecer a rotina do paciente e acolhimento, visando dar melhor qualidade para o usuário. Visão pró-ativa no intuito de ampliar sua abordagem e suas ações interagindo com outras áreas da saúde. Pró-ativos, envolvimento com as demais áreas do saber (multidisciplinar).	Formulário sem respostas.
Grupo 4	Formulário sem respostas.	Apoio da equipe multidisciplinar. Adequar as práticas a realidade. Apoio equipe multidisciplinar. Matriciamento nas equipes. Equipe multidisciplinar. Estrutura física e material adequados. Educação permanente.

Saúde mental dos profissionais de saúde.

26-03-2010: TURMA I

Objetivos:

Evidenciar aspectos da Saúde Mental dos profissionais da saúde. Discutir as relações de poder/saber no cotidiano dos serviços de atenção em saúde, evidenciando a ruptura dos 'especialismos'. Caracterizar a organização do trabalho e processo de saúde/doença no SUS. Discutir a 'desinstitucionalização' do trabalhador da Saúde Mental. Apresentar os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica sobre as relações de trabalho dos profissionais da Saúde Mental.

Discussão:

Identificação e reflexão sobre as relações de poder/saber no cotidiano dos serviços de atenção em saúde.

Descrever a organização do trabalho e o processo de saúde/doença do trabalhador no SUS

Meta:

Elaborar estratégias de enfrentamento dos riscos, agravos e dos conflitos no cotidiano de trabalho no SUS.

Questões para o grupo:

- 1) Identificar em cada profissão ou cargo, situações em que o poder é exercido e situações em que se é sujeitado pelo poder.
- 2) Identificar no contexto de trabalho de cada participante, ou grupo de participantes, situações determinantes para o adoecimento dos trabalhadores de saúde.
- 3) Criar propostas, ou sugerir saídas para estes entraves.

Síntese da oficina temática:

Grupo 1

Identificar em cada profissão, situações em que o poder é exercido e em que é sujeitado:

R: O diagnóstico que se faz do paciente é um momento em que se exerce o poder. Quando existem hierarquias o poder, também, aparece, Quando se tem cargos de coordenação e você exerce certo poder sobre a organização do serviço, relação de subordinação e chefia. Quando se estabelecem dias específicos para a realização de certos exames por exemplo. A equipe se organiza para facilitar o próprio serviço e tal organização acontece não de acordo com a demanda da população. Referência e contra- referência. Relação do profissional com usuário do serviço, ou seja, o profissional responde pelo paciente à outro profissional para onde ele é encaminhado.

Sujeitado: Quando a equipe precisa cumprir metas. Atender um número x de pessoas. Ter entraves com as famílias dos pacientes. O aparecimento de muitas ordens judiciais. Encaminhamentos do CT. Têm adolescentes que não querem passar pelo atendimento psicológico e existem instituições que obrigam essas situações. Escolas que encaminham alunos que seguem um tratamento contrariado, assim a equipe sofre, pois o trabalho não flui. Problema de ordem pedagógica inserida em tratamentos psicológicos. Falta de recursos físicos, humanos e materiais.

Atendimentos psicológicos cada vez mais curtos devido a alta demanda de atendimento. Tempo escasso ou falta de recurso humano?!

Falta de questões econômicas para o investimento nos profissionais.

A demanda espontânea do serviço.

Muita pressão. Os agentes comunitários são muito cobrados.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

A saúde é um local vulnerável para se trabalhar. Você precisa estar bem para conseguir realizar um trabalho, pois senão você se sente adoecido. Ter condições de manter um distanciamento das questões que surgem no serviço. Até que ponto não nos envolver? O que é não se envolver? Como enfermeira é passado instruções para o não envolvimento com a família. Em caso de uma doença, até que ponto você não se envolve com essas famílias. Até que ponto você acaba não sendo o esteio para essas questões, para essas pessoas?

Quando se foge de sua área às vezes tem críticas da própria equipe.

O emocional da equipe as vezes é derrubado. Quem vem atrás de você para dar retaguarda? A equipe às vezes não dá respaldo para a própria equipe. Luta pela necessidade de humanização.

Há corporativismo.

Identificar no trabalho, situações determinantes para o adoecimento:

R: As demandas excessivas.

Integrantes da equipe que não se identificam com o trabalho. Falta de interesse de alguns profissionais.

Grupo é contagiante. Se um da equipe se desmotiva corre-se o risco da equipe toda se contaminar.

Algumas políticas públicas amplas são vindas lá de cima para os profissionais de saúde.

Mundo está desgovernado e ingovernável. Vivemos numa sociedade que está doente. É o modelo SUS favorece esse entrave no trabalho.

Metas: tem que atingir uma meta x de famílias. O ministério te obriga a isso. Por outro lado não há recurso pessoal para isso e você como coordenadora vai obrigar esse funcionário (ACS) cumprir essa meta; Desumano.

Pressão que o funcionário sofre dos gestores.

Falta de critérios para a contratação dos funcionários. Falta de interesse de crescer e de evoluir no trabalho.

Parte da população não quer visita. Mas vem uma ordem de cima que te obriga a exercer “esse poder” sobre essas pessoas. Isso gera desconforto.

Falta treinamento para mudar uma conduta nesses ACS.

Até o vínculo é causa de adoecimento, pois ele acaba encontrando a comunidade em situações externas ao trabalho, ou seja, mistura-se a vida pessoal e profissional.

E aí? Essa coisa de estarem inseridos na comunidade é mesmo bacana? Pela própria natureza do trabalho do ACS, este pode adoecer.

Enfermeira: Apaga incêndio. A enfermeira faz o serviço alheio e o dela ninguém faz. Fazer coisa que não lhe compete. Falta de autonomia no trabalho. Falou-se do ACS de forma projetiva. Todas essas questões perpassam as outras áreas. Coordenadora: “Será que eu promovo essa falta de autonomia?”

Falta de treinamento. De reciclagem.

Criar propostas, sugerir saídas:

R: Supervisões clínicas. Reunião de equipe. Espaços que esses casos possam ser conversados, discutidos. Trabalho em rede não só entre a equipe, mas também, entre os serviços do município. Maior reconhecimento do trabalho de toda equipe.

Uso mais correto do dinheiro do SUS.

Carga horária. Democratização das decisões.

Autonomia.

Diminuição burocrática.

Tem que ter protocolo para se trabalhar.

A comunicação deve aumentar e as informações circular. Prontuário único informatizado.

Maior comunicação entre os gestores e os secretários de saúde.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupos 2 e 3

Situações determinantes para o adoecimento no trabalho.

Sensação de impotência

Gestões centralizadas.

Falta de autonomia dos próprios funcionários não apenas em decorrência da institucionalização.

Ver que a pessoa está precisando de atendimento e não conseguir atendimento imediato..

A demanda é muito grande e às vezes o paciente tem que esperar meses para ser atendido.

Quando a pessoa busca o serviço a procura de remédio, não aceita outro tipo de atendimento. Busca apenas o atendimento médico.

É como se a saúde não pertencesse a pessoa, não enxerga que pode se ajudar, parece que a saúde é uma coisa fora e por isso precisamos de um remédio para sarar.

Isso é frustrante pra os trabalhadores da saúde. Muitas vezes os usuários colocam toda a responsabilidade de sua cura nos trabalhadores. É importante fazer com que o paciente também se responsabilize por sua melhora.

Dar ao paciente a possibilidade de reflexão. Fazer primeiro o acolhimento.

O fato de não existir uma escuta acaba levando o trabalhador ao limite.

Matar um leão por dia sozinha por não ter o apoio político.

Existem muitos cargos de poder ocupados por pessoas que não possuem o conhecimento específico da área. (Cargos de confiança, cargos políticos)

Propostas pras situações colocadas

Educar a população, ensinar, explicar como funciona, mostrar quais são os direitos da população.

Usar o espaço de dialogo para que sejam esclarecidas as questões.

Estabelecer planos de carreiras para os funcionários, ter estabelecido que formação o funcionário deve ter para determinado cargo

Garantir que a população se intere dos fatos.

Pensar espaços nas equipes onde a pessoa possa cuidar de si.

Grupo 4

Situação em que o poder é exercido e em que o profissional é sujeitoado

- Poder na equipe é horizontal, há troca;
- A maior questão do poder é o político;

Poder X Liderança

Poder X Coordenação

Determinantes de adoecimento

- Desrespeito;
- Centralização de poder;
- Remuneração;
- Recursos;
- Falta de incentivo;
- Pressão;

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

- Falta de comprometimento dos superiores.

Propostas

- Participar das organizações civis;
- Recorrer aos conselhos profissionais;
- Apoio da equipe;
- Troca de experiência entre equipes de unidades diferentes e dentro da própria equipe;
- Supervisão clínico-institucional;
- Gostar do que faz.

10-09-2010: TURMA II

Objetivos: Evidenciar aspectos da Saúde Mental dos profissionais da saúde. Discutir as relações de poder/saber no cotidiano dos serviços de atenção em saúde, evidenciando a ruptura dos 'especialismos'. Caracterizar a organização do trabalho e processo de saúde/doença no SUS. Discutir a 'desinstitucionalização' do trabalhador da Saúde Mental. Apresentar os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica sobre as relações de trabalho dos profissionais da Saúde Mental.

Reflexões: Identificação e reflexão sobre as relações de poder/saber no cotidiano dos serviços de atenção em saúde.

Descrever a organização do trabalho e o processo de saúde/doença do trabalhador no SUS

Meta: Elaborar estratégias de enfrentamento dos riscos, agravos e dos conflitos no cotidiano de trabalho no SUS.

Grupo 1

I - Identificar em cada profissão, situações em que o poder é exercido e em que é sujeitado:

1. No poder político: quando existe um abuso do cargo, exigindo benefícios (encaixe, prioridade, solicitação de exames, etc.), por interesses pessoais/individuais.

Aux. Enfermagem:

Responder um protocolo, todos os procedimentos devem passar pela coordenação. Só exerce "poder" com os pacientes, nos procedimentos como injeção, curativos e etc.

Aux. De Saúde (atendente):

Coloca as regras do trabalho e depois só passa o que foi feito. (não pede autorização)

As. Social (coordenação da Central de Regulação de Vagas)

Exerce o poder na distribuição de vagas, regulação de procedimentos e exames.

É sujeitada pela Unidade de Avaliação de Controle (UAC), que cobra resultados pelos sistemas/equipamentos que a coordenadora é responsável.

Psicóloga:

É cobrada pela gestão para que o programa de Saúde do trabalhador no município seja implantado.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

No entanto, se nega, pois não existe equipe mínima para iniciar o trabalho.

Psicólogo (articula SM e Humanização do município)

Ao mesmo tempo em que não se submete ao poder instituído, vive, a todo o momento, uma negociação constante.

Utiliza, em alguns momentos, o poder do saber que possui para enfrentar embates políticos.

Outras anotações:

Capivari

Vereador = poder político (poder exercido pelo cargo)

Funcionário = poder do conhecimento → sem apoio, com risco de sindicância

O que desgasta e adocece = repetição

Auxiliar de enfermagem → enfermeira

--

Poder político

Poder por cargos

Poder gestor

Poder conhecimento

Chefe imediato

Iracemápolis

Estas relações são fluídas, é um jogo de poder, onde usuários, profissionais, gestores medem poder na maioria das situações. Sempre é uma negociação, na medida em que o trabalhador não se submeter.

Elias Fasto

Mombuca

O poder é exercido pelo cargo, muitas vezes, sem o conhecimento (quase sempre)

II - Identificar no trabalho, situações determinantes para o adoecimento:

Repetição do poder que vem de cima para baixo (o não entendimento, o abuso, etc.).

Sobrecarga de funções e falta de suporte (desdobrar-se para atender diversas demandas, equipamentos e cargos/funções). Desgaste que adocece.

Falta de autocrítica: é necessário aceitar tudo o que é imposto? Todas as demandas? Apagar incêndios? No entanto, existe o medo, o "assédio moral".

Outras anotações:

Capivari

Repetição, sobrecarga de funções, desvio de funções

--

Falta de apoio, desamparo, sindicância

Desvio de função, sobrecarga de funções

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Sentir-se incapacitado, pois não consegue dar conta de tudo

Iracemápolis

Passividade do trabalhador

Pressão política destituído de conhecimento do serviço

Separação entre planejamento e execução das ações

Elias Fasto

--

Mombuca

A falta de conhecimento ao exercer o poder

Exercício de diversas funções, gerando desânimo, frustração

III - Criar propostas, sugerir saídas:

1. Conhecimento (políticas públicas, teórico-técnico, etc.) para instrumentalizar embates com políticos e gestores que “abusam do poder”.

2. Documentar: registrar tudo o que acontece (atendimentos, acordos com outros profissionais, gestores e políticos) para se respaldar.

Falta espaço físico, recursos humanos, equipamentos.

Criar atividades, rodas de conversa e propiciar espaços coletivos para que se possa pensar o fazer.

Outras anotações:

Capivari

Argumentar, enfrentar com base no conhecimento, construir forças (roda de conversa), salário, supervisão, capacitação da equipe

Organizar serviços

Cuidado de

--

Espaço físico

RH

Roda de conversa

Aproveitar oportunidades de melhorar

Salário melhor (para se cuidar melhor, terapia, academia, etc)

Iracemápolis

O conhecimento como poder do trabalhador

Roda de conversa para c0-gestão

Ações de cuidado com a saúde do trabalhador.

Elias Fasto

--

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Mombuca

Usar conhecimento, argumentos como respaldo

Criar atividades como roda de conversa

Ainda outras anotações sem identificação da cidade: (não entendi algumas palavras)

Organizar os serviços com: quadro funcional (RH), espaço físico/equipamentos, leis/regulamentos

Assumir ou não as outras funções

Capacitação, ações dos colegas de trabalho, roda de conversa

Matriciamento da unidade e região

Oportunidade de movimento de fluxos, com junção de forças que sujam em cada cidade.

Grupo 2

Município: Piracicaba

I - Identificar em cada profissão, situações em que o poder é exercido e em que é sujeito:

O médico é cobrado por flexibilizar seu poder, mas em contrapartida é cobrado pela própria equipe.

“Tirar” do médico toda a responsabilidade, dividir com a equipe.

TO – Saber teórico usado pela pessoa.

Depende da situação.

Outras anotações:

A medicação pela questão da medicação; outros profissionais e acordo com o seu saber frente ao outro (usuário/familiares)

II - Identificar no trabalho, situações determinantes para o adoecimento:

Aumento populacional para ser atendido, sobrecarregando a equipe e conseqüentemente não conseguindo dar um bom atendimento.

Reclamação constante dos usuários dos serviços públicos.

Desestimulação frente a propostas sugeridas aos gestores e a não continuidade destas propostas.

Superlotação, a forma de gestão, falta de especialização em SM, falta RH, falta resolutividade.

Relação de poder com o gestor -> Como Responder?

Falta de entendimento das questões de ponta.

Falta de profissionais.

Falta de estímulo para trabalhar.

Falta de gestor.

Outras anotações:

Acúmulo de trabalho – superlotação de serviços

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Falta de retaguarda (suporte) técnico e do gestor

Falta de especialização em saúde mental

Falta de recursos humanos

III - Criar propostas, sugerir saídas:

O importante é que tudo saia do papel.

Levar para o conselho nosso estudo, nossa angústia.

Criar pequenos grupos para discussão.

Envolver toda a equipe profissional.

Envolver gestores.

Parceria com o Conselho Municipal da Saúde.

Capacitação dos funcionários (médicos e equipe) nos OS para atender os psiquiátricos.

Classificação de risco.

Equipe de matriciamento.

Criar espaços de discussão -> Fórum SM.

Fazer uma comparação da SM hoje e nossas propostas.

Trabalho com protocolo para a equipe.

Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde.

Captação de recursos.

Levantamento dos casos de SM (fluxo – 1% da população – casos graves).

Aumentar a cobertura do PSF (hoje a média 3.500 p/ cada 1 profissional).

Aumentar o número de profissionais.

Outras anotações:

Promover o diálogo constante entre os diferentes setores (por exemplo: funcionários, coordenadores, gestores)

Capacitação da equipe para os pacientes em saúde mental

Equipe de matriciamento em saúde mental

Montar fluxo de atendimento para os casos de saúde mental

Trabalhar com protocolos

Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde

Para a plenária: A proposta de estudar o que temos e montar um plano de ação para o que queremos na área da saúde

Curso de capacitação para os gestores

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3 Piracicaba

I - Identificar em cada profissão, situações em que o poder é exercido e em que é sujeito:

Poder institucionalizado;

Coordenação – burocrática;

Desvios de função;

Outras anotações:

Profissional se sujeita a vários desvios de função, devido a falta de profissionais e a grande demanda

II - Identificar no trabalho, situações determinantes para o adoecimento:

Desvios de função;

Falta de recursos materiais, profissionais;

Incapacidade de lidar com certas patologias por falta desses recursos;

Se ver na posição de "não ter saída" – apontar os problemas ao gestor e ter problemas por isso?

Ser punido por se dedicar e denunciar os erros – ser punido por levar a sério o trabalho;

O trabalhador é porta-voz do sofrimento do usuário – adoecedor

Outras anotações:

Trabalho sobre pressão: gestor pressiona, população em si pressiona e nós nos tornamos pivô

III - Criar propostas, sugerir saídas:

Diluir o poder do médico-centrado;

Reeducar os profissionais (qualificação dos profissionais da saúde e de outros setores também- escola, família);

Matriciamento - articulação;

Melhoria das relações de trabalho;

Elaborar outros tipos de políticas públicas – parcerias com secretaria do esporte, por exemplo;

Pensar em qualidade de vida;

Reconhecer os problemas, faltas, e não-saberes;

Reunião de equipe;

Olhar para os casos que estão sendo positivos*;

Outras anotações:

Qualificar todos os setores

Investir em esporte/lazer

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Unir todos os setores da saúde

Anotações:

PSF - Tem funções que temos que nos sujeitar a fazer certas profissões, porque não há profissionais, ou seja, eu como técnica de enfermagem tenho que ser psicóloga

CAPS II – Nem sempre isso é ruim, porque e procurar um saber novo.

PSF Médica – O gestor só olha para a gente, quando temos problemas, estamos tendo a mesma visão que os gestores, porque tem lugares que conseguem fazer a rede funcionar

Temos que discutir como será a Saúde Mental sem psiquiatras, que ganham menos do que um psicólogo que faz psicanálise

PSF Médico – Quando você pega um trabalhador que tem um interesse, ele vai se desdobrar para atender e até fazer o trabalho dos outros

PSF – A gente se sujeita a isso

Médico – Mas você faz isso, porque você é uma boa profissional

Uma colega médica disse: “Eu me sinto como uma ostra entre o mar e a pedra”

O que complica é o paciente em surto, mas a Saúde mental é muito maior do que o surto. O que é bem frequente no PSF é dependente químico, depressão. Como que o CAPS vai dar conta se a rede não dá. Quantos psicólogos tem na rede?

Médica – A população tem a cultura de assistir a globo, então na segunda você tem todas as doenças que passou no fantástico.

Nós temos equipe de alta-complexidade muito boa, mas temos uma atenção básica muito fraca.

Na saúde mental existe a imagem central do médico?

T. – Na saúde mental não é só o médico que resolve o caso, ele não consegue tratar sozinho, ai é mais fácil diluir essa cultura. Na atenção básica sem dúvida fica bem evidente isso, porque a própria população pede isso e até os outros funcionários.

Médica – Então, porque quando há treinamento nos PSFs, nós não passamos pelos CAPS?

O maior afastamento de trabalhadores de saúde, é por problemas mentais, por depressão, alcoolismo.

Médico – A gente tá indo para outras unidades para cobrir faltas, e quando eu volto tá tudo acumulado, então a demanda vai aumentando e quando você é um bom profissional você vai até aguentar.

Médico – Vamos pensar na nossa maior demanda, a dependência química. Se a gente tivesse uma relação com a secretária de lazer.

A melhor coisa é a intersetorialidade para sairmos do lugar.

PSF – Quando em uma reunião eu falei a verdade, me tiraram o meu abono

Médico – Isso acontece com quem se interessa e tem preocupação com essa perda

Médica – Nós temos algumas pessoas em alguns cargos que fazer a coisa acontecer.

A gente faz a mesma coisa de antes que é bonita, mas não sai do papel

Médico – Alguma coisa está funcionando, o PSF está fazendo a diferença.

CAPS II – Sabe o que eu to levando desse curso é a frustração, no sentido que está sendo muito legal as aulas e discussões, mas quando eu voltar vai estar tudo igual.

Médica - É através do trabalhador que o paciente cria voz, porque ele não existe muito. O trabalhador da saúde mental acaba como sendo um porta-voz

Médico – Por muito tempo eu comecei a achar que com os casos graves não há solução, porque faz anos que eu o vejo na mesma situação

Faz tempo que eu tento perceber no dia a dia respostas pequenas.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Será que algum momento eu estou fazendo a diferença?

CAPS – Para a minha saúde, seria necessário eu ter no máximo 15 pacientes como eu sendo referência.

O bom que eles nos entendem, eles entendem a nossa correria. Tem essas compensações, que faz a gente continuar o nosso trabalho

Médica – Não temos mais psiquiatra.

PSF – Temos um psiquiatra para atender 7 mil pacientes.

É necessário um CAPS III para ajudar na demanda.

CAPS – Eu acho que não sai um CAPS III, por questões políticas.

Facilitadora foi fumar e começaram a conversar sobre o tanto que J. trabalha e que a população chega querendo ele, também relatam que ele criou uma rede.

CAPS – Ele é um passante pelo CAPS, porque ele não tem tempo.

PSF – Eu saio da minha unidade 1 hora da manhã

PSF – O secretário da saúde falou que o PSF não funciona, porque os profissionais não são comprometidos.

A briga contra isso deve ser coletiva, vamos unir as unidades

Médica – Mas não existe coletivo num lugar que nada está funcionando nada.

Questões do grupo

Médica – A equipe mínima não chega a ser mínima

Médico – Precisa cativar os alunos para irem para o serviço público, sem ir com a idéia de só ter uma estabilidade no emprego.

Médica – Somos muito pobres em avaliações de serviço.

PSF – Eles querem quantidade e não qualidade.

Questões para a plenária:

G1- Quais as propostas para superar o adoecimento dos profissionais da saúde?

G2- Como viabilizar a implantação de toda rede de cuidados em saúde mental nos municípios que tem poucos equipamentos de Saúde Mental?

G3- Como criar/ampliar equipes/equipamentos para atender com qualidade, as demandas sem adoecer os profissionais?

G4- Como transformar do poder individualizado do profissional e usuários em poder coletivo?

Grupo 4

Águas de São Pedro

A relação de poder é exercida, mas na questão do trabalho, em que a dificuldade maior é a relação com o gestor e os usuários exercem uma relação de poder sobre os profissionais, amparados pelo gestor, causando um esmagamento e adoecimento.

Santa Maria da Serra

Modelo médico-centrado (pirâmide: gestor, médico, profissionais de nível universitário, profissionais de nível médio, profissionais de nível básico, usuários)

Charquedá

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Através do modo piramidal, o qual inibe o trabalho dos profissionais que tem competência para determinadas atitudes, ocasiona o "achatamento" dos profissionais pelo gestor/prefeito – médico/ enfermeira.

Modelo em rede – saber circula

São Pedro

Identificamos que o poder é parcialmente exercido em atuação profissionais mais individualizadas com o paciente ou usuário. Somos submetidos ao poder dos gestores ou autoridades

II - Identificar no trabalho, situações determinantes para o adoecimento:

Falta de motivação no desenvolvimento do próprio trabalho,

Ausência de fluxo na rede

Águas de São Pedro

Grande demanda

Falta de reuniões entre a equipe

Dificuldade no acesso ao gestor

O contrato de trabalho que tem duração de um ano causando rotatividade de pessoal e a instabilidade do cargo, além da instabilidade pessoal

Não ter fluxo no desenvolvimento do trabalho.

Santa Maria da Serra

Política (favores de campanha)

As regras não são iguais para todos

Não conseguir exercer "adequadamente" seu trabalho.

Charquedá

Rotina sem motivação no desenvolvimento do trabalho

Poder imperativo

Angústia

São Pedro

Falta de motivação por perceber-se que muitas vezes o nosso trabalho não é eficaz por conta da falta de fluxo de encaminhamentos e trabalho em conjunto.

Falta apoio de administradores, gestores e muitas vezes entre os pares.

Outras anotações ainda:

Defesa dos próprios interesses, entre os próprios funcionários – dificuldade de trabalhar em equipe

Questão do desgaste da relação de poder entre o gestor e os profissionais – opressão – não ocorre na relação com os usuários.

III - Criar propostas, sugerir saídas:

Criar reuniões com as equipes e gestores, necessidade de promover uma supervisão clínica institucional, permitir um espaço para enfrentamento do adoecimento, tentar "vender" a idéia de integração em rede aos funcionários de outros setores

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Águas de São Pedro

Criar reuniões entre equipe e gestores para discutir relações de trabalho e relações com usuário.

Para lidar com as limitações, promover deslocamento e mudanças em suas organizações, permitir um espaço para enfrentamento das situações de adoecimento.

Supervisões.

Santa Maria da Serra

Criação de reuniões – fluxo de alívio (espaço de troca), como parte da rotina de trabalho

Contatos fora do ambiente de trabalho

Promover situações de supervisão

Definir papéis profissionais

Espaços definidos

Charquedá

Através de reuniões para realização de um alívio, sobre o processo de trabalho o qual está adoecendo todos os envolvidos, participação do gestor.

Promover supervisão clínica de instituição

São Pedro

Criar reuniões entre equipes e gestores para discutir as condições de trabalho

Definição de espaços, funções, e papéis de cada profissional

Existência de supervisão.

Questão:

Como canalizar o poder da população com o poder do profissional – busca por um canal inadequado – através do individualismo e não do coletivo

Anotações:

Neste encontro, o tema da palestra parece ter atingido alguns profissionais que, até o momento, não tinham se envolvido efetivamente. Houve maior participação dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, talvez pelo fato de ser algo mais presente no cotidiano destes profissionais.

A discussão em grupo começou com o desabafo do médico do PSF, pois durante a discussão na palestra questionou a centralização das decisões nas mãos do médico, o qual “tem a obrigação de saber resolver tudo”.Relata que na formação acadêmica, não há, por exemplo, uma especialização para o atendimento dos “pacientes psiquiátricos”.Afirma que outros profissionais, apesar de condenar a figura do médico como centralizador do poder, reforçam a mesma medida que mantém esta relação de dependência, além de se isentar das responsabilidades, ou seja, as decisões cabem ao médico e ele deve responder pelas possíveis conseqüências. Diante disso, há um aumento da demanda para o médico e este, por não conseguir “dar conta” acaba adoecendo. Por outro lado, os demais participantes também reclamam da falta de autonomia nas decisões. O psicólogo do CAPS i completa dizendo que o processo de adoecimento do profissional, está, além da elevada demanda, na falta de resolutividade, ou seja, o profissional não consegue resolver os casos que chegam até ele, muitas vezes porque não é condizente com o serviço no qual atua, isto é, está além de seu alcance.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Os profissionais afirmam que a frustração diante de uma situação na qual não conseguem resolver os problemas devido a demanda elevada provoca a formação de uma "casca", ou seja, se distanciam do paciente e realizam um trabalho mecânico que serve como uma "defesa" diante desta condição de impotência para a resolução dos problemas. Isto compromete consideravelmente o atendimento, uma vez que já não estão mais sensíveis ao sofrimento dos pacientes ("Se você já construiu uma casca, não dá para oferecer um bom atendimento"). Durante a discussão, as enfermeiras que trabalham no Pronto Socorro afirmam que este processo de adoecimento é muito intenso nos P.S, justamente pelo fato de ser uma das principais portas de entrada no sistema de saúde, e por isso, aberto a qualquer tipo de demanda. Relatam a dificuldade que elas têm para lidar com pacientes em surto e na insatisfação pessoal nos casos de contenção. Afirmam que muitas vezes não sabem o que fazer, ou seja, não há um preparo para lidar com estes casos. Uma delas diz "acabei levando um tapa de uma paciente". Outra participante, também enfermeira, diz que "o paciente psiquiátrico estressa a equipe", pois demanda de uma atenção muito maior. Este fato contribui para desestruturar ainda mais o profissional.

Apontam também que os profissionais dos vários equipamentos são sempre responsabilizados por não conseguirem atender a demanda, sem considerar que muitas vezes, trabalham com um número reduzido de funcionários.

Algumas sugestões de mudança foram propostas, dentre elas se destacaram a responsabilização de todos os profissionais da equipe dos casos que são atendidos, descentralizando o poder das mãos do médico, ou seja, promovendo maior autonomia para os demais. Para isso, há a necessidade da construção de novos protocolos que viabilizem uma ação autônoma dos profissionais, dividindo, de fato, as responsabilidades. Deve haver a contratação de mais profissionais para atender a demanda, aumento da cobertura dos PSF, criação de espaços de discussão das propostas de implementação das políticas em Saúde Mental (fóruns permanentes), fortalecimento da parceria no CMS e tentativa de aproximação com os gestores.

Durante a discussão, uma das participantes (enfermeira), expressou sua angústia com relação à efetivação das propostas que estão sendo feitas durante o curso. Disse que a discussão da semana anterior, em sua opinião "caiu no vazio" e ainda completou "Já estamos juntos há quatro encontros, mas ainda não foi feito nada de concreto". Falou de seu medo em novamente "nadar, nadar e morrer na praia". Questionou "será que precisamos esperar passar por todas estas temáticas (referia-se às palestras) para a gente fazer alguma coisa?". Sua fala teve apoio dos demais profissionais e da facilitadora. Assim decidiram que iriam desde já tentar montar uma espécie de fórum de discussão e levar as decisões para o Conselho Municipal, e dessa forma, assegurar que as propostas elaboradas tenham maior possibilidade de serem realmente concretizadas.

Questões para a plenária:

- G1 - Como definir parâmetros para a atuação em uma política multidisciplinar integradas às demandas de um território? Quais são as propostas para "superar" o sofrimento dos profissionais da saúde?
- G2 - Como viabilizar a implantação de toda rede de cuidado de saúde mental nos municípios que tem pouco equipamento?
- G3 - Como criar/ampliar equipes/equipamentos para atender com qualidade a demanda sem adoecer os profissionais?
- G4 - Como transformar de poder individualizado dos profissionais e usuários em poder coletivo?

Políticas públicas de saúde: a Reforma Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde.

09-04-2010: TURMA I

Objetivos:

Apresentar, situando-o no contexto do SUS, o desenvolvimento histórico da Reforma Psiquiátrica nas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural.

Discussão:

Identificação dos equipamentos de saúde na micro-região e das atividades que desenvolvem

Meta:

Identificar as potencialidades, dificuldades, necessidades e prioridades por região.

Questões para o grupo:

- 1) Como se compõe a rede de saúde mental em seu município?
- 2) Quais as dificuldades dessa rede?
- 3) Quais os caminhos para a superação das dificuldades:

Grupo 1:

Municípios	Rede de cuidados em saúde mental			
	Equipamentos	Necessidades/demandas	Dificuldades	Propostas para superação
Rio Claro	PSF CRAS "Pólos" Conselho Tutelar CAPS III CAPS ad Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes CESM Psiquiatras Psicólogos	Necessidade de maior número de profissionais na área; por grande demanda.	De acompanhamento psicossocial O déficit de profissionais na área; por grande demanda.	Contratação de maior número de profissionais, manutenção da equipe do PSF. (número adequado)

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Terapeutas Ocupacionais Enfermeiras especializadas			
Santa Cruz da Conceição	Centro de saúde com atendimento psicológico CRAS PSF C.T CAPS (em Leme)	Quadros moderados leves Educativos Adictos Quadros graves	Falta de equipe mínima Falta de espaço terapêutico profissionalizante Dificuldade de articulação PSF (médico) Dificuldade adesão ao tratamento de adictos Internações sem discussão de caso.	Criação espaço terapêutico profissionalizante Equipe mínima
Ipeúna	Centro de saúde anexado ao programa de Saúde da Família (PSF) UBS Unidade Básica de Saúde C.T Escola Estadual Assistência Social CAPS- Santa Gertrudes	Procura voluntária do paciente Encaminhamento de pacientes através dos agentes comunitários do PSF, através de identificação da necessidade de atendimento psicológico Encaminhamentos médicos Encaminhamentos Conselho Tutelar Encaminhamentos da escola Estadual Pacientes com transtornos mentais sem grande gravidade, clínico-geral dá seguimento. Casos mais específicos são encaminhados para a psiquiatria Visitas Domiciliares da Assistência Social	Falta de apoio da família e de cuidados para casos mais graves, principalmente Falta de médico psiquiatra no município quando o paciente necessita de medicação Ausência CAPS no município Casos de transtorno mental mais severo A dificuldade de encaminhamento e o apoio da família Resistência do paciente ao trabalho psicológico e também ao psiquiátrico Paciente não toma medicação corretamente Paciente não frequenta atendimento psicológico assiduamente Desistência ao tratamento (psicológico/ psiquiátrico)	Contratação de um médico Psiquiatra (urgente) Criação de um centro de Convivência para atividades para pacientes com essas necessidades Melhoria na relação Psicólogo x Psiquiatra para facilitar o trabalho através de reuniões informativas.
Cordeirópolis	Ambulatório de Saúde Mental Hosp. Municipal (atende apenas urgência e emergência)	Projetos e/ou serviços de atenção à criança e ao adolescente, principalmente relacionados ao uso	Recorrentes internações em Clínicas Terapêuticas (adolescente)	Centro de Conveniência Oficinas Terapêuticas Oficinas Profissionalizantes

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		e abuso de álcool e drogas Intervenções mais efetivas nos momentos de crise (adultos) Maior efetividade do trabalho em rede no município	Dificuldades e entraves no trabalho em rede, principalmente e com Promoção Social (adolescente) Recorrentes internações em Hospitais Psiquiátricos. Muitas vezes, falta de discussão de casos por parte dos médicos (psiquiátricos e especialidades) com a equipe e de saúde mental, o que gera grande número de encaminhamentos sem muitos critérios. Muitas vezes o não comprometimento e envolvimento da família no tratamento do familiar.	CAPS Contratação de profissionais Reuniões frequentes com equipe de profissionais em geral (maior interação interdisciplinar) Projetos de parceria e orientações com as famílias dos usuários do serviço.
Itirapina	PSF CRAS Pólo – Rio Claro, encaminhamento para o CAPS III, AD, e CEM C.T UBS Hospital	Avaliação é realizada pelo clínico e encaminhado para o CAPS de Rio Claro, por isso a necessidade de um profissional Psiquiátrico Muitas internações compulsórias devido ao uso de drogas (adolescente)	Acompanhamento do paciente quando retorna para o município, junto com outros profissionais, isso torna o atendimento mecanizado, somente renovando receitas não havendo vínculo com o restante da rede.	Contratação de profissionais (psiquiatra) Implantação de um CAPS I Implantação de oficina para desenvolvimento de atividades durante o tratamento interagindo paciente-família-comunidade.

Grupo 2

Municípios	Rede de cuidados em saúde mental			
	Equipamentos	Necessidades/demandas	Dificuldades	Propostas para superação
Pirassununga	CAPS I e CRICA	CRICA: Crianças com dificuldades de aprendizado, distúrbio de comportamento, Hiper-atividade CAPS: Depressão, <i>Border-line</i>	Quando é necessário um atendimento pra o paciente em crise não existe referência de um hospital pra criança, e existe dificuldade para conseguir vaga	O ministério da saúde proporcionar condições para colocar em prática o trabalho em rede. Seria importante ter ligação

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

			<p>pra paciente adulto para internação (Não existe outra opção além da internação) Não tem psiquiatras nos CAPS (existe apenas um psiquiatra para todos os equipamentos) Lugar pequeno. Não existe ligação entre os equipamentos</p>	<p>entre os equipamentos. Investir na atenção básica. Gostar de estar em contato Perfil para trabalhar com isso. Ser acessível</p>
Rio Claro	<p>CESM- Ambulatório CAPS III CRIARE PSF</p>	<p>Hiper-atividade Déficit de atenção Alcoolismo e drogas Casos graves</p>	<p>Percebe-se que o psiquiatra atende apenas quando ganha hora extra. O CAPS de Rio claro atende 1.500 usuários. Não existe uma rede. Demanda absurda. Hiperativo é uma das maiores demandas e não deveria ser tratado na saúde mental. Não existe reunião da saúde com a educação. O CRIARE não atende a demanda de usuários de drogas. A gestão na área da saúde está sendo muito ruim, não proporciona diálogo e nem autonomia, não vê com bons olhos a estratégia do médico da família.</p>	<p>Comunicação entre a educação e a saúde. Necessidade de um mediador entre os profissionais da área. Alguém que acompanhe os pacientes. Um setor agindo como receptor. A porta de entrada deveria ser as unidades básicas de saúde Articulação entre os profissionais do atendimento Ir fazendo mesmo que seja de baixo do pano. Tentar burlar a gestão que impede a autonomia dos trabalhadores.</p>
Limeira	<p>CAPS II (foi aberto ano passado) Ambulatório CAPS AD (aberto a duas semanas) UBS PSF Centro de especialidades</p>	<p>Depressão e ansiedade em maioria. Transtorno alimentar Alcoolismo drogas Demanda muito vasta.</p>	<p>Não tem estabelecido onde serão feitos os atendimentos. As triagens são feitas no ambulatório de saúde mental. Limitam as vagas do CAPS (atendem apenas cerca de 80</p>	<p>Articulação entre a saúde, educação e esportes. Oficinas e não só o atendimento em salas. Integrar os serviços. Treinamento, supervisão de</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

			<p>peças e não possui mais vagas) O ambulatório possui fila de espera apesar de terem 4 psiquiatras atendendo. Dentro da saúde mental não existe integração entre si, muito menos na atenção básica. Não tem contato com a secretaria da saúde. Pessoas não instruídas trabalhando na área.</p>	<p>equipe. Contratação de novos profissionais. (A maioria são estagiários e o que gera uma rotatividade)</p>
Cordeirópolis	<p>5 escolas municipais cada uma possui: fonoaudióloga, assistente social, T.O. e psicólogo. Todas as escolas possuem Cada bairro tem sua creche CRAISA até 10 anos de idade APAE PSF Ambulatório de saúde mental CADA</p>	<p>Álcool e drogas</p>	<p>Dos 10 anos até os 17 não possui atendimento. Falta parceria dos equipamentos. Fila de espera no atendimento psicológico. Demora no atendimento.</p>	<p>Mais divulgação, informação. Capacitação profissional. Supervisão para a equipe Uma rede que possua mais contatos Contratação de mais profissionais</p>
Engenheiro Coelho	<p>APAE Grupo de NA (a 2 meses) PSF Dentro do centro de especialidades possui um psiquiatra (a um mês) Uma psicóloga na saúde.</p>	<p>Álcool e drogas Urgências e emergências que vão diretamente para internação.</p>	<p>Não possui estrutura de saúde mental na cidade, tudo que chega como demanda é encaminhado para internação Neuropediatra atende apenas uma vez por mês. O psiquiatra atende dentro do serviço de emergência apenas duas tardes na semana, só atende com encaminhamento clínico (feito pelo médico do PSF) Não possui nem equipe mínima de saúde mental. O atendimento psicológico é feito</p>	<p>Foi requisitado um ambulatório de saúde mental. Possuir a equipe mínima ainda este ano.</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

			no prédio administrativo.	
--	--	--	---------------------------	--

Grupo 3

Municípios	Rede de cuidados em saúde mental			
	Equipamentos	Necessidades/demandas	Dificuldades	Propostas para superação
Ipeúna	Não existe uma rede de saúde mental. Faz-se um atendimento primário e depois é encaminhado para Rio Claro ou Santa Gertrudes	Pacientes em surto Paciente com reação à medicação Pacientes refratários ao tratamento	Quando os CAPS dos outros municípios não aceitam o encaminhamento	Construção de uma rede mais adequada em saúde mental
Rio Claro	CAPS III CAPS AD CESM (Centro de Saúde Mental): atendimento de uma demanda mais leve CRIARI (Centro de Referência da Criança e do Adolescente de Rio Claro)	O município tem uma grande demanda em saúde mental	A administração não apóia a saúde mental Casos graves em saúde mental na adolescência/infância	Casos criança/adolescente: articular a rede para lidar melhor com os casos Espaços para oficinas Necessidade de um CAPSi

Grupo 4

Municípios	Rede de cuidados em saúde mental			
	Equipamentos	Necessidades/demandas	Dificuldades	Propostas para superação
Rio Claro	CAPS III; CAPS AD; C.E.S.M (ambulatório) CRIARI (atendimento infantil)	CAPS i	Atendimento para menores usuários de álcool e drogas; Demanda excessiva para acolhimento no CAPS; Equipes reduzidas.	Criar novos equipamentos; Centro de convivência; Matriciamento.
Cordeirópolis	Ambulatório de Saúde Mental dentro de um Centro de Especialidades	Implantação do CAPS I	Pacientes dependentes de álcool e drogas; Fila de espera para a psicologia; “psicologização” e medicalização; Atendimento aos adolescentes.	Implantação do CAPS; Matriciamento; Programas preventivos; Criação de centro de convivência.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Engenheiro Coelho	Centro de especialidade, há a atuação do médico psiquiatra e de uma psicóloga; PSF	Serviço de Saúde Mental	Acolhimento; Acompanhamento; Encaminhamento; Frequência de atendimento.	Centro de convivência; Organizar um serviço mínimo de saúde mental e o que já existe.
Pirassununga	CAPS (Atendimento adulto); CRICA (Atendimento infantil/adolescente);	CAPS III	Falta de um centro de convivência	

08-10-10: TURMA II

Objetivos:

Apresentar, situando-o no contexto do SUS, o desenvolvimento histórico da Reforma Psiquiátrica nas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural.

Discussão:

Identificação dos equipamentos de saúde na micro-região e das atividades que desenvolvem

Meta:

Identificar as potencialidades, dificuldades, necessidades e prioridades por região.

Questões para o grupo:

- 1) Como se compõe a rede de saúde mental em seu município?
- 2) Quais as dificuldades dessa rede?
- 3) Quais os caminhos para a superação das dificuldades:

Grupo 1

Municípios	Rede de cuidados em saúde mental			
	Equipamentos	Necessidades/demandas	Dificuldades	Propostas para superação
Capivari	Ambulatório de SM CAPS II CAPS ad + Consórcio (Capivari, Mombuca, Elias Fausto, Rafard.)	Faltam Recursos Humanos, equipamentos, rede. Ou seja, falta outro olhar para a saúde mental. Necessidade de leitos de saúde mental em hospital geral. Falta especialização de equipes (capacitação)	Dificuldades para conseguir esses leitos; serviços desumanizados no hospital com os pacientes AD e de saúde mental em geral. Com gestores, CMS e vereadores	Discussão com gestor da Santa Casa de Capivari, para debater sobre esses leitos.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Elias Fausto	Ambulatório de especialidades onde atendem as quatro psicólogas Consórcio intermunicipal (Rafard, Capivari, Mombuca e Elias Fausto)	Ampliação e capacitação da equipe, equipamentos, serviços especializados ou consórcio para cidades que não tem. População necessitada Faltam profissionais Leitos em hospital geral Descentralização dos serviços	Para ampliação de pessoal as dificuldades estão na relação com o prefeito, gestores, secretaria de saúde. Gestores Conselho municipal Equipe psicologia Médicos PSF	Tanto para ampliação e capacitação, elaborar dados e planilha para subsidiar os debates com gestores. Sensibilizar gestores. <i>Projetos</i> <i>Conscientização dos gestores</i> <i>Capacitação da equipe</i> <i>Usar CMS para</i> <i>Educação permanente</i> <i>Supervisão equipe</i> <i>Oficinas geradoras de renda</i>
Iracemápolis	Unidade Mista de Saúde onde atende a psicóloga. Não existe nem equipe e nem equipamento específico para SM	Instalação de CAPS Ampliação da equipe, equipamentos leitos em hospital geral. Capacitação da equipe de saúde mental	Política: sensibilizar os gestores	De imediato: CAPS I
Mombuca	Ambulatório de Necessidades Médicas, onde atua o psicólogo e o psiquiatra. Não existem outros equipamentos. <i>Consórcio intermunicipal entre os municípios de Capivari, Mombuca, Elias Fausto e Rafard para CAPS II, CAPS ad</i>		Conseguir os leitos em hospital geral. Para ampliação de equipe	Relatórios, projetos, criação de dados integração de equipes multidisciplinares Reunião entre coordenador e diretor da Santa Casa.

Grupo 2

Municípios	Rede de cuidados em saúde mental			
	Equipamentos	Necessidades/demandas	Dificuldades	Propostas para superação
Piracicaba	1 CAPS II 1 CAPS i (ambulatório) 1CAPS ad 3 ambulatórios de saúde mental (VC, VS, Centro) 1SRT	Respaldo geral (retaguarda) Preparo da prefeitura/gestor Porta de entrada e saída que apresentem solução (continuidade e tratamento)	Falta de resolutividade dos serviços Porta de entrada Porta de saída Centros que "existem", mas não funcionam como tal (CAPS ad PSF,	Aprender a fazer políticas ("negociar" questões pertinentes à saúde básica) Divisão do distrito Trabalhar em função do cidadão e não do Estado

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	1 Casa das Oficinas 35 PFS (30% atendimento) 23 UBS (70% atendimento) 4 UPAMS NASF (Piracicamirim)		NASF PS) Efetivar serviços (continuidade, tratamento) Fazer política com gestores Falta de respaldo jurídico Falta de conhecimento.	Orientar população Reunião/reflexões Espaços para discussão Associação com advogado
--	--	--	---	---

Anotações:

Este encontro iniciou com a reflexão por parte de um médico do PSF, o qual questiona sua própria prática cotidiana alegando que, na maioria das vezes, ele se sente “Apagando incêndios a todo o momento” e por esta razão está trabalhando a serviço do Estado. Junto aos outros participantes, começa discutir formas de frear esta situação, criar novas formas de enfrentar os problemas e encontrar novas saídas. Uma proposição feita pelo médico e aprovada pelos demais foi a tentativa de criar espaços de discussão dentro da comunidade, como forma de mobilizar a população a reivindicar seus direitos de cidadão, ou seja, uma maneira de instrumentalizar a comunidade e assim, pressionar o gestor, uma vez que as reivindicações dos próprios profissionais, muitas vezes, não são atendidas.

Durante a discussão surge um ponto que antes nunca fora levantado. Uma das participantes aponta que a “Falta de respaldo jurídico paralisa as ações dos profissionais” (fala médica do PSF). Afirmam que há a necessidade do conhecimento das leis para que consigam planejar estratégias de mudança, por isso, seria importante a presença de um advogado que desse suporte às equipes de profissionais da Saúde. Isto resolveria tanto o planejamento das ações quanto a proteção dos profissionais envolvidos.

Outra questão apontada como dificuldade para a efetivação de mudanças foi a falta de conhecimento que os profissionais tem em relação aos demais serviços de saúde “Um não conhece o trabalho do outro” diz uma enfermeira do P.S. Por isso, muitas vezes não sabem com quem podem montar parcerias até mesmo para encaminhar os casos que chegam até o serviço. Há também o “desvio de função da instituição”, ou seja, esta, muitas vezes, não realiza o trabalho ao qual se propõe. Isto fica evidente na fala do psicólogo do CAPS i: “O CAPS i atende aquela criança que está transgredindo a lei. Está ainda no modelo manicomial”. Este desvio também é muito recorrente nos demais serviços, os quais atendem demandas que não lhe cabe.

Neste encontro surgiu também a discussão acerca do processo de desinstitucionalização. A facilitadora esclareceu este processo é algo a ser construído, pressupõe uma mudança de paradigma e uma preparação da sociedade para que possa, de fato, haver a inclusão das pessoas com “transtornos mentais”. Isto deve estar bem claro, principalmente para os profissionais da Saúde Mental, para não cair na armadilha de reproduzir a lógica manicomial num serviço que tem como intuito a sua ruptura. Por isso, deve-se sempre problematizar as práticas que estão sendo desenvolvidas no cotidiano. Esta discussão surgiu com o exemplo de uma médica que trabalha com crianças deficientes e ficou sabendo que a nova lei é de que todas as crianças serão incluídas na escola regular. Ela diz “Nada está sendo feito com estas crianças, nenhum tipo de preparação delas, dos pais dos professores e dos outros alunos que as receberão! Como será que vai ser?”

Os participantes, depois de discutirem todas estas questões acima, refletiram sobre a necessidade de trabalhar a frustração que há no cotidiano dentro dos serviços, pois, muitas vezes, não conseguem alcançar o objetivo que pretendem e isto pode levar a um desgaste emocional, principalmente quando percebem que estão reproduzindo ações impostas pelo Estado. Por outro lado, concluem que devem considerar os pequenos “passos” que dão em direção às mudanças que almejam e isto torna-se um consolo.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3

Municípios	Rede de cuidados em saúde mental			
	Equipamentos	Necessidades/demandas	Dificuldades	Propostas para superação
Piracicaba	1 Ambulatório infantil 3 Ambulatórios de saúde mental 1 CAPS II 1 CAPS ad (em cadastramento) 1 Residência terapêutica 1 Casa das Oficinas	Supervisor (só há no CAPS II) Profissionais técnicos: psicólogos, psiquiatras, Terapeutas ocupacionais, enfermeiros Locais apropriados Equipamentos que sejam de fácil acesso (localização e transporte) Transformar o modelo de atuação em CAPS, pois o modelo é ambulatorial	Produção da demanda – dá ao usuário o que ele quer, receitas médicas. Número reduzido de profissionais Localização\estrutura inadequada Despreparo dos profissionais ao iniciar na SM\Setor público.	Diluição dos papéis técnicos nos grupos. Contratação de profissionais Cursos de capacitação\educação permanente Processo de supervisão institucional Negar a produção de tantas receitas médicas

Equipamento de saúde mental: será possível atender a toda demanda existente se a criação da rede?

Grupo: 4

Municípios	Rede de cuidados em saúde mental			
	Equipamentos	Necessidades/demandas	Dificuldades	Propostas para superação
São Pedro	UBS-(unidade básica de saúde), atendimento psicológico (4 psicólogos), T.O (1 atualmente de licença médica)	Criação de um CAPS I (atualmente a demanda é atendida em Piracicaba, Limeira (aproximadamente 200 atendimentos por mês)	Falta de vontade política, falta de equipe multidisciplinar e de um médico psiquiatra	Que os municípios vizinhos (Santa Maria, Águas de São Pedro, Charqueada) se unam em tentar a construção de uma proposta de implantação de CAPS que atenda a demanda desses municípios.
Águas de São Pedro	2 psicólogos no ambulatório de especialidades	Depressão adulto, dificuldades de aprendizagem, drogas, outros tipos de transtornos psicológicos	Falta de psiquiatra, equipe multidisciplinar, desfazer algumas redes de interesse político, que encaminham casos que não são de saúde mental	Implantação de uma equipe mínima para matriciamento dos casos de saúde mental
Santa Maia da Serra	Psicólogos (serviço social), assistente social da saúde, pronto atendimento (porta de entrada)	Álcool/drogas, transtornos de comportamento	Falta equipe mínima de saúde mental, falta de referencia ao próximo município, transporte	CAPS em São Pedro, formação de uma equipe mínima em saúde mental no município, formalização das redes informais já existentes.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Charqueada	Pronto socorro, hospital psiquiátrico, UBS.	Aumentar o número de atendimento.	Encaminhar os pacientes, pois as vagas normalmente são demoradas.	Criação de serviço em cidades próxima como São Pedro, que há um número de habitantes suficiente para construção de CAPS III. Onde seria facilitado o atendimento desses pacientes.
Saltinho	Psicóloga na unidade mista, psiquiatra no UMS Não há o serviço no município, ou seja, não há uma rede de saúde mental em equipe mínima de saúde mental.	Organização de uma equipe mínima em saúde mental.	Falta de vontade política.	Implantação de uma rede de saúde mental, e pactuação com CAPS
Rio das Pedras	CAPS OS Saúde Básica	Ampliar recursos humanos Educação Permanente	Deficiência de grupos terapêuticos Continuidade do tratamento.	

Questões para Plenária

G1 - Como tornar transparentes os recursos em Saúde Mental para ampliar e planejar ações?

G2 - Como garantir respaldo legal para as ações da Atenção Básica?

G3 - Como atender a demanda sem rede? (Possibilidade de produção de mais demanda)

G4 - Pequenos municípios: como construir redes?

Acolhimento, intervenção em crise.

16-04-2010: TURMA I

Objetivos:

Apresentar os princípios fundamentais da Política Nacional de Humanização e a estratégia do acolhimento como matriz do enfrentamento do sofrimento psíquico no cuidado em saúde. Apresentar estratégias para identificação de riscos/vulnerabilidades, bem como sua resolutividade através da co-responsabilização no território e do trabalho em rede.

Discussão:

Identificação das ações realizadas em situações de crise.

Meta:

Elaborar planejamento de acolhimento e encaminhamentos

Questões para o grupo:

1- Identificação das ações realizadas em situações de crise. Cada grupo vai apresentar um caso – escolhido porque vivido (entre) pelos participantes – e discuti-lo na seguinte perspectiva:

- a) Qual a abrangência da condução do caso e como poderia ter sido diferente?
- b) O que deu (ou poderia ter dado) errado e por que? Que ações/estratégias poderiam melhorar a situação do acolhimento e encaminhamentos em questão?

Grupo 2

Caso

Masculino, 16 anos, autista

APAE – Pirassununga

Surtos agressivos, com impossibilidade de contenção por parte da equipe. Foi afastado da escola por muitas vezes discordar (agressivamente) das atividades pedagógicas propostas a ele. Atualmente fica em sua residência com seus pais (intervenção de seu psiquiatra), pelo fato de nenhum equipamento de saúde conseguir atuar em seu caso.

Não foi aceito no CAPS, então, da APAE foi transferido ao Saião. Frequentou o CEDAP.

Identificação das ações realizadas em situação de crise:

- a) Abrangência da condução e como poderia ter sido diferente:
Veio de São Paulo, à APAE, e de lá foi para o Saião e depois para a casa dos pais. O psiquiatra do CAPS não o aceitou, mas seria o equipamento que deveria ter acolhido e cuidado do caso e da família, fazendo a articulação com a rede, no caso, como o CADAP (fins pedagógicos) que é um equipamento da APAE
- b) O que deu (ou poderia ter dado) errado e por que? Que ações/estratégias poderiam melhorar a situação do acolhimento e encaminhamentos em questão?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

O psiquiatra do CAPS (o mesmo da APAE) desconhece o que poderia ser feito, por não ver meios de atender tal demanda. Deveria ter feito um encaminhamento adequado, utilizando todos os equipamentos disponíveis, articulando o CAPS com especialistas em autista no município (exemplo: universidades)

Grupo 3

Caso

Usuária em atendimento clínico do PSF. Em determinado dia, chega solicitando consulta médica. Não aguardou e conversou com a enfermeira. A mesma informa que todo mundo passou a acusá-la de maus tratos com os filhos, de forma muito repetitiva.

A enfermeira relata que notou o descontrole da mesma, que solicitou consulta com o médico que a atendeu de forma acolhedora, encaminhou ao CAPS, que fez um atendimento mas não no primeiro momento, foi com o médico e sim com a enfermeira. Liberada, retornou a residência. A noite surtou, foi ao OS após chamada da ambulância. Foi internada em Hospital Psiquiátrico, durante mais ou menos 20 dias. No período de internação sua filha de 12 anos sofreu tentativa de abuso. Logo após, a mesma teve alta hospitalar. A nível de esclarecimento: durante o surto a paciente tentou matar os filhos e quebrou muitas coisas da casa. Mesmo após um mês de alta, o estado era lamentável. No momento não frequenta o CAPS e sim a Policlínica, que tem psiquiatra. Não se sabe se é consulta ou troca de medicação.

1) Falta de atendimento e acolhimento do CAPS, provavelmente o surto não seria tão grave, com necessidade de internação psiquiátrica.

2) Internação desnecessária.

3) Interrupção do tratamento em CAPS e conseqüentemente a contra referência, o que nos daria informes regulares e oficiais.

Também haver um treinamento das equipes de saúde mental e articulação dos equipamentos (rede).

Grupo 4

Caso:

Mulher, 40 anos, dona de casa – 1º surto-Histórico: Filho relatou que a mãe sempre foi "normal" e há 15 dias atrás começou a ter comportamentos agressivos, fantasiar histórias que o marido tinha lhe agredido e que tinha que matar um dos filhos. O filho diz que o pai não agrediu a mãe, entretanto ele não viu a briga (há dúvidas sobre o que realmente aconteceu) - Foi a pé ao hospital UNIMED (Rio Claro) procurar pelo um médico específico, foi encaminhada ao CAPSIII, estava medicada e sonolenta, sem possibilidades de conversar. Assim foi encaminhada para retornar a sua cidade e procurar o CAPS I (Sta. Gertrudes) ou o CAPSIII. No dia seguinte o filho procurou o CAPS Sta. Gertrudes e em seguida foi feita visita domiciliar. Dois dias depois da primeira intervenção ela retornou ao CAPS III em crise (família relatou que ela estava agressividade), após ter passado pelo pronto socorro. Está lá há dois dias, não conversa com ninguém, falou somente com a psicóloga de Sta. Gertrudes. Quando ela sair da crise o acompanhamento será feito pelo CAPS I de Santa **Gertrudes**. -Família quer que interná-la e dizem ter medo dela. Ainda não sabem exatamente seu diagnóstico e o que realmente ocorre com ela, percebem que a maior falta é ainda não terem ouvido a fala dela.

Há muitas dúvidas sobre o caso

Identificação das ações realizadas em situação da crise

Identificam que as ações realizadas nesse caso não foram eficazes, pois houve uma reincidência da paciente no equipamento muito rápida e há poucas informações sobre a paciente; - Falta de comunicação entre as cidades e entre plantões; -Grande demanda no equipamento e assim há um rápido encaminhamento.

O que deu errado e estratégias

O que deu errado foi a rápida reincidência

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Efetiva troca entre as unidades de saúde (privadas e públicas);
Garantir um espaço de supervisão na instituição para haver uma reflexão sobre a prática;

22-10-2010: TURMA II

Objetivos:

Apresentar os princípios fundamentais da Política Nacional de Humanização e a estratégia do acolhimento como matriz do enfrentamento do sofrimento psíquico no cuidado em saúde. Apresentar estratégias para identificação de riscos/vulnerabilidades, bem como sua resolutividade através da co-responsabilização no território e do trabalho em rede.

Discussão:

Identificação das ações realizadas em situações de crise.

Meta:

Elaborar planejamento de acolhimento e encaminhamentos

Questões para o grupo:

1- Identificação das ações realizadas em situações de crise. Cada grupo vai apresentar um caso – escolhido porque vivido (entre) pelos participantes – e discuti-lo na seguinte perspectiva:

a) Qual a abrangência da condução do caso e como poderia ter sido diferente?

b) O que deu (ou poderia ter dado) errado e por que? Que ações/estratégias poderiam melhorar a situação do acolhimento e encaminhamentos em questão?

Grupo 1

Elias Fausto:

Problemas:

Porta de entrada é a recepção da UMS de Elias Fausto. Muita gente trabalhado e pouca gente dando atenção aos usuários que chegam. É usado somente para consulta – não perguntam nada além da procura pelo plantonista.

Foi proposto aos gestores (prefeito e secretário) uma mudança de atendimento, treinamento do pessoal que trabalha na entrada com fluxograma de atendimento e acolhimento. A proposta não foi aceita pelos gestores e continua aumentando o numero de pessoas, muitas vezes apenas para conversar com o plantonista. Já teve casos de usuários perder a paciência com atendimento e de plantonista também se estressar com situações com usuários.

Neste encontro, os participantes e facilitadores decidiram reunir todos numa mesma sala para discutir os casos deixados pela palestrante e ainda outros casos do

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

cotidiano que estivessem relacionados a acolhimento.

Houve então a leitura de alguns casos pelas facilitadoras, além da contribuição dos participantes que trouxeram suas próprias experiências.

A partir desta organização, alguns pontos levantados pelo grupo foram:

Na maioria das situações, há a necessidade, por parte do profissional, em dar uma resposta para os casos que são acolhidos, seja em estado de crise ou qualquer outro tipo de sofrimento. Dessa forma, alguns membros do grupo apontam que deve se refletir acerca de uma escuta atenta, a qual realmente acolha a demanda trazida pelo paciente, sem julgar se seu conteúdo é real ou não, mas acreditar que o que ele trouxe tem um sentido em sua vida e portanto, é a sua verdade.

Por estas questões, discutiu-se também a importância de se respeitar os vínculos estabelecidos entre pacientes e profissionais, evitando assim o encaminhamento para alguém que não tenha um significado para o paciente, pois isto pode comprometer a troca entre este e o profissional.

Diante dos casos e das experiências trazidas pelos profissionais, a fala da assistente social do CAPS II define a importância de uma escuta qualificada, comprometida e atenta no acolhimento dos pacientes "Um espaço para escuta impede que a angústia se torne ato ("crise")", diz ela. Muitas vezes, não busca-se uma resposta pronta, mas um alguém que possa ouvir a sua angústia. Embora haja a busca de uma escuta, os profissionais tendem a desvalorizá-la pois acham que é "muito pouco", mas que em muitos casos serve como o "primeiro socorro" para o paciente.

Os membros do grupo expressam também a dificuldade de integrar, principalmente na Atenção Básica por causa da produtividade (atender muitos pacientes por hora, regra estipulada pelos gestores, priorizando a quantidade em detrimento da qualidade), escuta e acolhimento necessário para a demanda que chega ao serviço.

Aponta a necessidade de flexibilizar os horários e atividades para poder atender os pacientes de maneira adequada.

(Neste dia não houve plenária, pois a discussão foi geral, sem separação de subgrupos).

Questões para o grupo:

1- Identificação das ações realizadas em situações de crise. Cada grupo vai apresentar um caso – escolhido porque vivido (entre) pelos participantes – e discuti-lo na seguinte perspectiva:

Caso I – Grupo de São Pedro, o ocorrido, em Santa Gertrudes

Residência Terapêutica

Um paciente ameaça suicídio, está com uma corda no pescoço, em cima de um banco. A equipe liga para a T.O com quem o paciente havia feito vínculo...

Essa T.O. trabalhava com ele questões de higiene básica, e reparou, quando chegou à residência terapêutica, que as unhas dele estavam grandes e sujas.

Disse a ele que não insistiria, e que iria embora, e que antes dele se matar ele poderia cortar as unhas.

Ele tirou a corda de seu pescoço, desceu do banco e foi cortar suas unhas.

Caso II – PSF- Piracicaba

O paciente chega para medir sua pressão, e diz que após o falecimento de sua mãe, está com sensação de morte.

Enfermeira diz não saber o que fazer, e que tem dificuldades de encaminhá-lo ao CAPS, por não ter tempo.

a) Qual a abrangência da condução do caso e como poderia ter sido diferente?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

b) O que deu (ou poderia ter dado) errado e por que? Que ações/estratégias poderiam melhorar a situação do acolhimento e encaminhamentos em questão?

Fazer encaminhamento, acolher.
Dar espaço para as angústias aparecerem.
Compartilhar com toda a equipe.
Dar escuta.

OBS: Poucas pessoas estavam presentes no segundo momento, então os facilitadores decidiram fazer um grupo com todos os municípios.
Estavam presentes todos os municípios.

Dar espaço para as angústias aparecerem. Compartilhar com toda a equipe
Dar escuta
Não dá para dar conta de tudo.

Discussão do caso:

1 – CAPS

Medo de enlouquecer, recebe maus tratos de sua família e dos policiais. Chega ao serviço.

2 – CAPS

As vezes não olhamos nos olhos de quem precisa ser acolhido

3 - Residência Terapêutica

Um paciente ameaça suicídio, está com a corda no pescoço pronto para chutar o banco. Ligaram para a T.O. com a qual o paciente fez vínculos. Essa T.O. trabalhava com ele questões de higiene básica, e reparou que as unhas dos pés estavam grandes e sujas. Disse a ele que iria embora e que ele vivesse (?) sua vontade, mas que antes ele poderia cortar as unhas. Ele tirou a corda de seu pescoço e foi cortar suas unhas...

4 – Enfermeira identifica que não estava acolhendo o paciente.. "Não estava fazendo seu papel"

5 – PSF – Chega para medir a pressão e diz que após o falecimento da mãe está com sensação de morte. E a enfermeira pergunta: O que eu faço?

6 – "Tenho dificuldades de mandar para o CAPS. Não dá tempo"

Médica acolhe usuários de álcool e drogas. Ele deixa de usar álcool e ela se sente satisfeita por ter reduzido os danos para esse usuário que hoje tem melhor qualidade de vida.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Anotações:

Neste encontro, os participantes e facilitadores decidiram reunir todos numa mesma sala para discutir os casos deixados pela palestrante e ainda outros casos do cotidiano que estivessem relacionados a acolhimento.

Houve então a leitura de alguns casos pelos facilitadores, além da contribuição dos participantes que trouxeram suas próprias experiências.

A partir desta organização, alguns pontos levantados pelo grupo foram:

Na maioria das situações, há a necessidade, por parte do profissional, em dar uma resposta para os casos que são acolhidos, seja em estado de crise ou qualquer outro tipo de sofrimento. Dessa forma, alguns membros do grupo apontam que deve se refletir acerca de uma escuta atenta, a qual realmente acolha a demanda trazida pelo paciente, sem julgar se seu conteúdo é real ou não, mas acreditar que o que ele trouxe tem um sentido em sua vida e, portanto, é a sua verdade.

Por estas questões, discutiu-se também a importância de se respeitar os vínculos estabelecidos entre pacientes e profissionais, evitando assim os encaminhamentos para alguém que não tenha um significado para o paciente, pois isto pode comprometer a troca entre este e o profissional.

“Diante dos casos e das experiências trazidas pelos profissionais, a fala da assistente social do CAPS II define a importância de uma escuta qualificada, comprometida e atenta no acolhimento dos pacientes “Um momento para escuta impede que a angústia se torne ato (crise)”, diz ela. Muitas vezes, não busca-se uma resposta pronta, mas um alguém que possa ouvir a sua angústia. Embora haja a busca de uma escuta, os profissionais tendem a desvalorizá-la pois acham que é “muito pouco”, mas que em muitos casos serve como o “primeiro socorro” para o paciente.

Os participantes expressaram também a dificuldade de integrar, principalmente na Atenção Básica por causa da produtividade (atender muitos pacientes por hora, regra estipulada pelos gestores, priorizando a quantidade em detrimento da qualidade), escuta e acolhimento necessário para a demanda que chega ao serviço. Apontam a necessidade de flexibilizar os horários e atividades para poder atender os pacientes de maneira adequada.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

A saúde mental na Atenção Básica: da promoção à reabilitação.

23-04-2010: TURMA I

Objetivos:

Tomando como pressuposto a noção de integralidade, pretende-se apresentar os princípios fundamentais da Política Nacional de Promoção à Saúde, bem como os princípios fundamentais que orientam o cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, problematizando o binômio tratamento/prevenção e sua possível superação nas ações no território por meio das diretrizes da Clínica Ampliada e da Reabilitação Psicossocial, na Atenção Básica.

Discussão:

Identificação dos problemas reconhecidos como da saúde mental e das ações realizadas nos serviços.

I - Com base nos problemas reconhecidos como da saúde mental, indicar ações para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial:

- a) no plano real (o que é possível e está sendo realizado ou que é possível mas não está sendo realizado);
- b) no plano ideal (em conformidade com os princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social).

II - Identificar ações necessárias para a aproximação do real do ideal

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Grupo 1

CUIDADOS	REAL (I.a)	IDEAL(I.b)	AÇÕES PARA APROXIMAÇÃO DO REAL DO IDEAL (II)
PROMOÇÃO	Programas educativos: Grupo de auto-ajuda/estima Grupo de alcoolistas Grupo de tabagistas Grupo de caminhada, etc. Agita Galera.	Que as pessoas não deixassem agravar o sofrimento, mas procurar atendimento antes. Envolvimento de diversas áreas de política pública: Esporte, Educação, Cultura e Lazer. Inclusive Saúde com Saúde. Trabalhos preventivos eficientes. Pensamentos e planejamentos coletivos.	Promover ações de cultura e lazer na cidade. Necessários mais equipamentos e recursos humanos para o trabalho.
PREVENÇÃO	Programas educativos: Grupo de auto-ajuda/estima	Que as pessoas não deixassem agravar o sofrimento, mas procurar atendimento antes.	Promover ações de cultura e lazer na cidade. Necessários mais equipamentos e recursos

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Grupo de alcoolistas Grupo de tabagistas Grupo de caminhada, etc. Agita Galera.	Envolvimento de diversas áreas de política pública: Esporte, Educação, Cultura e Lazer. Inclusive Saúde com Saúde. Trabalhos preventivos eficientes. Pensamentos e planejamentos coletivos.	humanos para o trabalho.
TRATAMENTO	CAPS articulando com PSF, para aplicação de medicamentos em usuários que não tem condições de se deslocar. Superlotação dos equipamentos	Evitar encaminhamentos desnecessários. Estabelecer parcerias e comunicação entre equipamentos/equipes (Rede), ao invés de rivalidades.	Unir as Equipes de Referência através de Matriciamento.
REABILITAÇÃO	CAPS articulando com PSF, para aplicação de medicamentos em usuários que não tem condições de se deslocar. Superlotação dos equipamentos.	Evitar encaminhamentos desnecessários. Estabelecer parcerias e comunicação entre equipamentos/equipes (Rede), ao invés de rivalidades.	Unir as Equipes de Referência através de Matriciamento.

Grupo 2

CUIDADOS	REAL (I.a)	IDEAL (I.b)	AÇÕES PARA APROXIMAÇÃO DO REAL DO IDEAL (II)
PROMOÇÃO	Possuímos uma lei que norteia as ações. Não existe cobrança a não ser política. O conselho é um órgão que não tem poder final de discussão (Pirassununga). Os usuários não participam do conselho. (Santa Gertrudes) Rio Claro tem uma história de conferências onde um relatório final é divulgado, porém, o conteúdo discutido é esquecido. A população não quer saber além de seu tratamento. A população não tem interesse, sabem o direito deles quando convém a eles. Quando lhe é dado a responsabilidade sobre isso ele não reconhece. (Santa Gertrudes)	Cumprir as leis do SUS. Controle de toda a sistematização. O que é discutido nas conferências ser colocado em prática. Que o foco não fique apenas no tratamento e a população pudesse se conscientizar e buscar melhoria para o todo. Criar ações e estratégias que proporcione que a população crie sentido. Delegar responsabilidades tanto para o usuário como pra família. Dar os recursos para que a população utilize. Que o profissional divida a responsabilidade com o paciente.	Conscientização da população, através das conferências. Responsabilização. Questionar com a pessoa o que ela acha que seria o melhor para ela. Controle social para o cumprimento da normatização.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	<p>População está acomodada, o interesse é pessoal e não comunitário.</p> <p>A população deixa toda a responsabilidade para os profissionais, não colaboram.</p> <p>A promoção da saúde está ligada a medicalização.</p> <p>As famílias não participam das conferências.</p> <p>O profissional faz tudo pelo paciente.</p> <p>“Nós profissionais somos preconceituosos por rotular as pessoas (Você é louca !)”</p>		
PREVENÇÃO	<p>Estratégia</p> <p>Grupos de orientação específicos.</p> <p>Oficinas de artesanato, culinária.</p> <p>Oficinas que geram renda. (Rio Claro)</p> <p>Cursos no CEPROSOM (Limeira)</p> <p>Grupo de apoio a dependentes químicos.</p>	<p>Fazer com que a saúde mental permeie outros setores.</p> <p>Promover os encontros, trocando experiências</p>	<p>Conscientização política.</p> <p>Responsabilização das famílias.</p>
TRATAMENTO	<p>Medicalização.</p> <p>As pessoas buscam o tratamento pensando no medicamento.</p> <p>Grupo terapêutico (Limeira)</p>	<p>Não excluir a necessidade do medicamento, porém agregar ao tratamento a psicoterapia, oficinas de inclusão social, todos os outros artificios.</p>	<p>Ações inter setoriais.</p>
REABILITAÇÃO	<p>As pessoas estão dependentes da medicação.</p> <p>Acreditam no medicamento como reabilitação</p> <p>A reabilitação é atrelada ao conceito de cura.</p>	<p>Conscientização, promover oficinas, grupos, que atendam o interesse do usuário.</p> <p>Fazer a pessoa atingir o máximo da sua potencialidade promovendo autonomia.</p> <p>Respeitar a singularidade de cada um.</p>	<p>Desenvolver autonomia dentro das limitações</p>

Grupo 3

CUIDADOS	REAL (I.a)	IDEAL (I.b)	AÇÕES PARA APROXIMAÇÃO DO REAL DO IDEAL (II)
PROMOÇÃO/ PREVENÇÃO	<p>Atividade física</p> <p>Auxílio a escola para os encaminhamentos para a Psicologia (identifica se são problemas da SM ou não)</p> <p>Palestras, Campanhas, Reuniões</p>	<p>Compartilhar saberes para chegar a condições favoráveis ao paciente</p> <p>Ter maior diálogo, entre os profissionais</p> <p>Respeito à subjetividade</p> <p>Discutir com o paciente “o fazer” e o “como</p>	<p>Estimular os Conselhos Municipais de Saúde: fortalecimento do controle social</p> <p>Ampliar o que tem nos municípios</p> <p>Capacitação de profissionais, informação das políticas do SUS</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Grupo Sala de Espera Associação a tratamento Atividades Sociais – associadas ao PSF Alfabetização – associado ao PSF SM na gestação, parto, puerpério e recém-nascido no PSF	fazer”	Implementar a política de Educação Permanente Valorizar e incentivar financeiramente a política de promoção e prevenção
TRATAMENTO/REABILITAÇÃO	Programa De Volta Para Casa – parceria com PSF Atendimento individual e grupal Tratamento medicamentoso Visitas domiciliares Abordagem da família (dificuldade de lidar com retorno do paciente, que prefere delegar a responsabilidade aos profissionais da Saúde) Verificar necessidade de encaminhamentos (olhar ampliado)	Abordagem da família com equipe de referência se responsabilizando pelo caso e articulando com a rede -> melhorar Melhorar integralidade, mais recursos humanos e tecnológicos e estrutura física.	Estimular os Conselhos Municipais de Saúde: fortalecimento do controle social Viabilizar as ações na Saúde

Grupo 4

CUIDADOS	REAL (I.a)	IDEAL (I.b)	AÇÕES PARA APROXIMAÇÃO DO REAL DO IDEAL (II)
PROMOÇÃO	Funcionamento de ambulatórios de saúde mental;	Valorização dos princípios do SUS A equipe de saúde mental fazer parte das unidades básicas de saúde Evitar a cronificação da medicação	Participação de conselhos (saúde e gestores) Ações que promovam a aproximação dos equipamentos e serviços Capacitação permanente dos profissionais
PREVENÇÃO	Não há.	Serviços de saúde façam acolhimento, ouçam e respaldam os usuários. Sem a necessidade de medicalização e “psicologização” Centro de convivências Adequação dos PSF	Participação de conselhos (saúde e gestores) Ações que promovam a aproximação dos equipamentos e serviços Capacitação permanente dos profissionais
TRATAMENTO	Existência de CAPS, onde há acolhimento e tenta-se seguir princípios do SUS, entretanto há excesso de demanda	Adequação no número de PSFs (para cada 1000 famílias deveria ter um PSF) Abertura de NASF nas cidades, para dar apoio a saúde básica.	Participação de conselhos (saúde e gestores) Ações que promovam a aproximação dos equipamentos e serviços Capacitação permanente dos profissionais

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		Formação de rede	
REABILITAÇÃO	Existência de CAPS, onde há acolhimento e tenta-se seguir princípios do SUS, entretanto há excesso de demanda.	Aumento dos equipamentos Leitos em hospitais gerais	Participação de conselhos (saúde e gestores) Ações que promovam a aproximação dos equipamentos e serviços Capacitação permanente dos profissionais

05-11-2011: TURMA II

Objetivos:

Tomando como pressuposto a noção de integralidade, pretende-se apresentar os princípios fundamentais da Política Nacional de Promoção à Saúde, bem como os princípios fundamentais que orientam o cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, problematizando o binômio tratamento/prevenção e sua possível superação nas ações no território por meio das diretrizes da Clínica Ampliada e da Reabilitação Psicossocial, na Atenção Básica.

Discussão:

Identificação dos problemas reconhecidos como da saúde mental e das ações realizadas nos serviços.

I - Com base nos problemas reconhecidos como da saúde mental, indicar ações para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial:

- c) no plano real (o que é possível e está sendo realizado ou que é possível mas não está sendo realizado);
- d) no plano ideal (em conformidade com os princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social).

II - Identificar ações necessárias para a aproximação do real do ideal

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Não houve divisão do grupo 1

Grupo 2

MUNICÍPIO: Piracicaba

I - Com base nos problemas reconhecidos como da saúde mental, indicar ações para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial:

- a) no plano real (o que é possível e está sendo realizado ou que é possível mas não está sendo realizado);
- b) no plano ideal (em conformidade com os princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social).

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

II - Identificar ações necessárias para a aproximação do real do ideal

CUIDADOS	REAL (I.a)	IDEAL (I.b)	AÇÕES PARA APROXIMAÇÃO DO REAL DO IDEAL (II)
PROMOÇÃO	Redução de danos Existem experiências exitosas de parcerias intersetoriais PSF + escola (comunicação) Comunicação entre serviços Passagem de dados / informações	Que ocorram mais vezes	Aproximação da rede. Capacitação dos professores para detectar TDH. Voluntariado
PREVENÇÃO	Oficina terapêutica Redes de alívio	Cuidar das famílias Proporcionar conversas em comunidades	
TRATAMENTO	Atendimento em massa. Falta equipe	Olhar o indivíduo. Poder atender com qualidade	Parceria com universidades / alunos (não para tapar o buraco da rede) Prioridade de atendimento. Empoderamento dos usuários para reivindicar mais profissionais Tempo para preparar o trabalho
REABILITAÇÃO			

Anotações:

Neste encontro a discussão iniciou-se a partir da reflexão da neuropediatra sobre a frustração dos profissionais da saúde em relação ao atendimento aos usuários dos serviços, ou seja, tais profissionais têm a consciência de que cada caso deve ter uma atenção singular e que o serviço deveria funcionar de outra maneira, mas por outro lado, devem dar conta da demanda elevada do cotidiano, e por esta razão, o atendimento acaba sendo prejudicado. Diante disso, os profissionais discutem que e concluem que as mínimas ações em direção a uma mudança já é algo que pode fazer a diferença. "Fazer o pouco já é transformação. Pode ser um caso em sessenta mil, mas é algo que está sendo resolvido" (fala neuropediatra Policlínica).

Posteriormente a discussão acima e de acordo com os temas abordado na aula, começou-se discutir sobre a presença dos estagiários na saúde pública. Dentre as questões levantadas, ressaltam a importância dos estagiários na rede de serviço com a finalidade de compor a equipe e trazer inovações, bem como dar "uma animo", já que o estagiário, em sua posição de aprendiz, instiga o profissional a produzir e transmitir o conhecimento. Por outro lado, questionaram sobre o fato do estagiário ser usado para atender a demanda "A graduação não pode servir de mão-de-obra barata. Se o estagiário passa a dar conta da demanda, os gestores não irão contratar mais profissionais para atuar nos serviços" (diz a médica do PSF). Além deste fato, apontaram também a falta de continuidade dos trabalhos iniciados pelos estagiários devido ao curto tempo de estagio que exercem, ou seja, acabou o estagio, a população, de certa forma, fica desamparada. "Acho complicado o estagiário propor um novo projeto para o serviço, pois isto gera uma expectativa nas pessoas que vão usufruir desta nova mudança e depois que o estagiário vai embora, estas pessoas ficam na mão." (fala médica do PSF). Diante desta questão, discutiram que o estagiário deve participar dos programas já existentes e que terão continuação mesmo após a sua saída. Surgiu também a questão de que muitos estagiários vão até os serviços para "apontar os erros dos profissionais" (diz

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

T.O ambulatório de Saúde Mental) e isto acaba fechando o campo para a continuidade do estágio, pois a experiência de um estagiário no serviço passa a ser algo desagradável para o profissional. Discutiu-se a importância do estagiário compor a equipe e não fiscalizá-la.

Neste encontro discutiu-se também a importância da construção de redes para que os profissionais possam conhecer o trabalho dos seus colegas “Quando você conversa com o outro, a fantasia (em relação a função que o outro desempenha dentro do serviço) acaba” (afirma neuropediatra). De acordo com os participantes, há melhora da relação entre os profissionais e novas possibilidades de estratégias. Discutem também a possibilidade de construção de uma rede alívio, ou seja, um espaço de lazer, cultura, onde as pessoas possam frequentar, auxiliando no processo de promoção de saúde, prevenindo, por exemplo, o uso de drogas pelos jovens. “A medida que você promove saúde, acaba prevenindo também (fala médica PSF). Neste sentido, questionam que o paciente não é o único alvo dos serviços de saúde, mas a família deste também.” Nós profissionais cuidamos dos doentes, mas não cuidamos da sua família” (enfermeira P.S). Deve haver a prevenção do adoecimento do cuidador.

Grupo 03

MUNICÍPIO: Piracicaba

CUIDADOS	REAL (I.a)	IDEAL (I.b)	AÇÕES PARA APROXIMAÇÃO DO REAL DO IDEAL (II)
PROMOÇÃO	Grupos de gestantes (aleitamento materno), adolescentes Promoção da saúde do cuidador Grupos de hipertensos e diabéticos Ações pontuais (dependendo da equipe): artesanato, reforço escolar -- <i>Grupo de mosaico, crochê.</i> <i>Nossa cobrança é mais em cima das estatísticas</i> <i>Palestras em sala de espera</i> <i>Grupos com adolescentes, gestantes</i> <i>Grupos de cuidadores</i> <i>Reforços escolares com crianças (Chapadão)</i>	Filosofia teórica do SUS para os equipamentos Aderência da população Obrigatoriedade de ações políticas Comunidade integrada Estratégias para buscas esses pacientes Acreditar na potencialidade Oferecer melhores condições de saúde Saúde é inesgotável, não há como reduzir a demanda. -- <i>Participação da população</i>	Responsabilizar a mãe por ações com a criança Buscar estímulo Como melhorar a qualidade sem reconhecer a realidade de cada um. Mudar estratégias de abordagem (nº de visitas, priorizar a família\ indivíduo com problemas mais graves) --- <i>Responsabilizar o indivíduo como “dono” da sua própria saúde.</i> <i>Desconstruir o discurso social da comunidade (apostar no potencial do indivíduo e como convencê-lo disso)</i>
PREVENÇÃO	Vacinação Pré – natal Puericultura Distribuição de camisinha Palestras em salas de espera Trabalhos com fisioterapeutas	Sair da idéia que prevenção é vacina Exigências maiores que a realidade da equipe -- <i>Para melhorar a sua vida dentro das suas condições</i> <i>Mudança do estilo de vida</i>	Mudar a postura do profissional do que é melhor para o paciente (encaixe no padrão/ideal de indivíduo) Fortalecimento da equipe para promover ações de mudança. ---

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		<i>Participação da população</i>	<i>Mudar estratégias de abordagem (número de visitas, priorizar família/indivíduo com problemas mais graves)</i>
TRATAMENTO	<p>Não disponibilização da comunidade em comparecer à unidade para o tratamento</p> <p>Faltam "armas" para os profissionais agirem</p> <p>Resolutividades pontuais</p> <p>Os equipamentos não possuem autonomia para mudar as estratégias</p>	<p>Não quantificar ações</p> <p>Ter avaliação qualitativa do profissional</p> <p>Intervenções que respeitem a dinâmica social/familiar</p> <p>Qualidade de ações X quantidade</p> <p>Intervir de maneira não – agressiva</p> <p>-----</p> <p><i>Paternalismo do sistema</i></p> <p><i>O ideal é não trabalhar no sentido de atingir um ideal dado.</i></p> <p><i>Intervir de maneira não agressiva</i></p>	<p><i>Mudar a postura do profissional que é melhor que o paciente (encaixe no padrão ideal de indivíduo)</i></p> <p><i>Fortalecimento da equipe para promover ações de mudança.</i></p>
REABILITAÇÃO	<p>Fisioterapia para crianças com problemas neurológicos e com alguns idosos</p> <p>Falta de preparo dos equipamentos frente à desospitalização</p> <p>Trabalho crônico</p> <p>Encaminhamento do PSF para a fisioterapia.</p> <p>NAFS</p>	Atendimento proposto (modelo)	

Outras anotações:

Contraste entre realidade (cobrança por estatística, equipes reduzidas, pouca resolutividade por burocracia, etc) e ideal (filosofia teórica do PSF/SUS)

Promover o alargamento da saúde, sem criar demanda maior

Paternalismo da propaganda: perda da autonomia do indivíduo para cuidar de sua própria saúde/família (implicações do sujeito) - dever dos profissionais da saúde.

Visão da população em relação a resolutividade pontual dos problemas

A equipe trabalha com a perspectiva de não atender a todos os problemas, "desejos" da população. Angústia dos profissionais – adoecimento.

Proposição de tratamento multidisciplinar e a "indiferença" da população (não comparecimento/aderência) – súplica/urgência do indivíduo para resolução do sofrimento.

Modelos de vida inatingíveis – pacto ideal – padrão na sociedade mesmo que isso signifique "piora" do sofrimento.

Modelo novo X avaliação antiga – qualidade de atendimento X quantidade de atendimentos.

Como promover prevenção se vai ser avaliada em cima da estatística?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

O que o agente de saúde pode demorar em cada casa e quando pode promover saúde?

A rede é muito complexa, como conseguir o alargamento?

Até onde vai a responsabilidade da mãe no adoecer, onde está sua autonomia?

Família se beneficiaria numa mudança de alimentação.

Até quando se responsabilizar por problemas que não me pertence?

Angústia dos profissionais

Sistema como paternalista

Qual o limite que devemos atingir?

Como avaliar o profissional, sem que a forma seja quantitativa? Dentro do modelo novo, quais as expectativas do profissional, como formular novos paradigmas?

Como mudar o conceito de rede, que trabalha com a quantificação e não com a qualificação?

Grupo 4

CUIDADOS	REAL (I.a)	IDEAL (I.b)	AÇÕES PARA APROXIMAÇÃO DO REAL DO IDEAL (II)
PROMOÇÃO	Águas de São Pedro- Grupo de apoio aos pais, grupo de orientação a professores e monitores da pré-escola, grupo de orientação a adolescente	Planos de integração saúde e fundo social, planos de comunicação entre saúde e educação e outros recursos oferecidos	Grupo de orientação nas escolas sobre drogadicção, promoção e trocas entre setores, secretarias
PREVENÇÃO	Utilizar as atividades esportivas oferecidas pelo município, como equipamentos	Orientação nos bairros nas unidades de saúde, PSF, clinica de especialidades	Trabalhar em conjunto, equipes trocando experiências (intersectorialidade)
TRATAMENTO	Psicoterapia individual, atendimento medicamentoso no CAPS Piracicaba	Psicoterapia de grupo, outros grupos além dos que já existem	Fazer cumprir as políticas públicas
REABILITAÇÃO	Equipe mínima, PSF, Implantação de CAPS em São Pedro, Clínica de Especialidades.	Rede de apoio a estes equipamentos	Desenvolver a integração na sociedade, centro de convivência
CUIDADOS	REAL (I.a)	IDEAL (I.b)	AÇÕES PARA APROXIMAÇÃO DO REAL DO IDEAL (II)
PROMOÇÃO	Santa Maria da Serra Grupos de diabéticos e hipertensos, teatro-porem de duração de três meses, e deveria ser continuo (abordando diversos tipos de tema), inicio de grupo de gestantes, cursos de	Viabilizar cursos permanentes, dar continuidade aos grupos de gestantes, diabéticos e hipertensos	Comunicação melhorada entre os diversos setores e entre os municípios

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	educação permanente, palestra sobre sexualidade na escolas/comunidades		
PREVENÇÃO	Palestre sobre sexualidade na escolas/comunidades	Reuniões periódicas com grupo de idosos, reuniões com grupos de adolescentes e gestantes, reuniões entre equipe multiprofissionais/interdisciplinares	Integração SUS/SUAS
TRATAMENTO	Internações por transtornos psiquiátricos, drogadição, alcoolismo, consulta médica, dinâmicas de grupo, fazer cumprir as políticas de saúde	Articulação com as secretarias de esporte, ação social,	Melhorar a comunicação entre os atores da rede
REABILITAÇÃO	Acompanhamentos de casos, visitas domiciliares	CAPS (consorcio com São Pedro) PSF	
CUIDADOS	REAL (I.a)	IDEAL (I.b)	AÇÕES PARA APROXIMAÇÃO DO REAL DO IDEA (II)
PROMOÇÃO	Charqueada Grupo de gestante, grupo de tabagismo, grupo para promoção de saúde	Vários equipamentos existem mas não se tem trabalho conjunto,	Promoção e trocar entre setores, secretarias
PREVENÇÃO	Orientações nos bairros, nas unidades de saúde, PSF	Trabalhar em conjunto, equipes trocando experiências (Intersectorialidade)	Reuniões para discussão de casos
TRATAMENTO	Consulta médica, Psicoterapia	Psicoterapia e outros grifos	Fazer cumprir as políticas públicas
REABILITAÇÃO	UBS, PSF, CRAS	CAPS, equipe mínima	Desenvolvendo ações de integração na sociedade, centro de convivência

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Questões para a Plenária

G1 - Como mudar o paradigma curativo para o preventivo promocional sem o apoio do gestor?

G2 - como estabelecer parcerias entre o serviço público e Universidade (estagiários) e voluntariado (outros atores)?

G3- Como avaliar serviços não quantificáveis (promoção/prevenção coletiva) atendendo os critérios quantitativos predominante nas avaliações do SUS?

G4 - Como romper com o isolamento dos serviços sem contar com o apoio dos gestores.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Equipes, equipamentos e práticas em saúde mental

30-04-10: TURMA I

Objetivos:

Conhecer os equipamentos e práticas em Saúde Mental: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Dia (HD), Unidade Básica de Saúde (UBS), Programa de Saúde da Família (PSF), Ambulatórios de Saúde Mental, internação psiquiátrica, emergência, enfermaria psiquiátrica, Manicômio Judiciário, Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), moradia assistida, oficina de trabalho assistido, acompanhamento terapêutico. Discutir as práticas assistenciais realizadas pelas equipes na direção de uma rede articulada de serviços.

Discussão:

Identificação dos equipamentos de saúde mental na micro-região e das atividades que desenvolvem.

Discutir a relação desses equipamentos com a atenção básica.

Meta:

Elaborar estratégias para ação em rede social e o atendimento do princípio da integralidade.

Questões para o grupo:

- 1) Apresentar os equipamentos de saúde mental na micro-região e descrever as atividades que realizam buscando identificar o modelo predominante nessas atividades (psiquiátrico ou psicossocial)
- 2) Como ocorrem as relações entre esses equipamentos e a atenção básica: ações, dificuldades e potencialidades.

SÍNTESE DAS DISCUSSÕES:

- 1) Apresentar os equipamentos de saúde mental na micro-região e descrever as atividades que realizam buscando identificar o modelo predominante nessas atividades (psiquiátrico ou psicossocial)

Grupo 1

Municípios	Equipamentos	Atividades	Modelo
Rio Claro	Criari (Centro de referência a infância e adolescência de Rio Claro) CAPS III CAPS AD CESM (Centro de especialidade em Saúde Mental)	Reuniões semanais Encaminhamento ao psiquiatra com extrema necessidade Busca ativa (trabalho em conjunto), acolhimento, oficinas terapêuticas, consultas ambulatoriais, acompanhamento psicológico, visitas domiciliares. Atendimento a urgência e emergência Atendimento médico, fonoaudiólogo, psicopedagógico	Psicossocial

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Ipeúna	1-PSF 1-UBS	Entrega de remédios a domicílio para pessoas que podem se locomover, através da agente de saúde. Pronto Atendimento Atendimento médico, psicológico, odontológico Trabalho multi e interdisciplinar Campanha do hipertenso (Hiper dia) Grupo de gestantes Campanha do idoso Puericultura Saúde da mulher	Psiquiátrico (não capacita, não dá autonomia) psicossocial
---------------	----------------	--	--

Grupo 2

Municípios	Equipamentos	Atividades	Modelo
Pirassununga	CAPS I CRICA (Centro de referência a Criança) APAE	Acolhimento Triagem Grupos de Apoio Oficina Terapêutica por equipe multiprofissional Terapia Individual Atendimento médico e enfermagem Atividades lúdicas e recreativas Serviço de Assistência social Intercâmbio Clínico	Psicossocial
Leme	I CAPS I II ambulatórios de saúde mental III PSF IV Prontos Socorros e Prontos Atendimentos	Acolhimento Triagem Grupos de atividades Oficinas Atendimentos médicos Dispensação de medicamentos Acompanhamento psicológico Visitas domiciliares Doses supervisionadas Acompanhamento clínico Monitoramento Atendimento em crise	Psicossocial (CAPS I e PSF) Psiquiátrico (ambulatório PS PA)

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3

Municípios	Equipamentos	Atividades	Modelo
Conchal	1 ambulatório de SM 1 UBS 5 PSF 1 Hospital Geral – sem atendimento psiquiátrico 1 CRAS 2 Centro de Referência (adl e idoso) Conselho Tutelar APAE	Consultas com clínico geral/psiquiatra Acompanhamento psicológico em cada PSF Supervisão medicamentosa Oficinas Terapêuticas no Centro de Referência Grupos de Ajuda (NA, AA) – trabalho em rede Grupo Melhor Idade Atividades a nível primário, secundário e terciário Encaminhamentos para os serviços do município Promoção Social, Esportes e outros (parcerias)	Psicossocial Saúde Mental preventivo – comunitário
Itirapina	PSF CS III CRAS Conselho Tutelar Hospital Municipal CAPS Rio Claro	Se há alguma atividade desenvolvida pelo CRAS e PSF, não há comunicação e informações necessárias para sabermos responder. Após encaminhamento para CAPS, alta ou internação, não sabemos se há acompanhamento, embora trabalhemos na Atenção Básica. Na Unidade que trabalhamos não há desenvolvimento de nenhuma atividade.	Psiquiátrico
Limeira	UBS PSF CRAS Ambulatório Saúde Mental CAPS II CAPS ad Pastorais Clínicas de Recuperação ARIL (Associação Reabilitação Infantil) APAE	Grupos de atividade física, artesanato, etc. na Atenção Básica Encaminhamento de médico e outros profissionais (enfermeiro, professores) passa por triagem no amb de SM, inicia o atendimento psicológico e aguarda atendimento com psiquiatra CAPS II – ênfase esquizofrenia, oficinas CAPS ad – não está tendo atendimento (abriu há 1 mês)	Misto Psiquiátrico e Psicossocial

Grupo 4

Municípios	Equipamentos	Atividades	Modelo
Santa Gertrudes	CAPS I Ambulatório de SM Secretária de saúde NAE	Atendimento psiquiátrico e psicológico (no ambulatório) Atendimento psicológico (secretária de saúde) Grupos terapêuticos (CAPS I) Atendimento em grupo com crianças.	Psicossocial, exceto o ambulatório, que é psiquiátrico

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Centro de referencia a mulher vitima de violência Centro de Adolescentes CRAS Espaço amigo (onde atende crianças) Urgência/pronto socorro no CAPS III em Rio Claro APEAC (Associação de Pais e Amigos da Criança)	Acompanhamento nutricional (obesidade) Trabalho em grupo, (no CRAS) Atendimento de crianças (NAE)	
Santa Cruz da Conceição	Centro de especialidade Encaminhamento ao centro de saúde para atendimento médico Centro de referência ao Adolescente (CRAS) PSF Encaminhamento ao CAPS de Leme	Atendimento individual e orientações (Centro de especialidade, CRAS, PSF) Palestras temáticas (no CRAS) Orientação aos pais (PSF, centro de especialidade)	Psicossocial PSF e Centro de saúde Psiquiátrico
Cordeirópolis	Ambulatório de saúde mental (dentro do centro de especialidade) 5 PSFs Programa do agente de saúde comunitário	Atendimento individual, grupos de orientação a pais de adolescentes, grupos de atividades, atendimento psiquiátrico, triagem, grupos terapêuticos, visita domiciliar, atendimento em plantão, grupo de familiares e atividades externas (no ambulatório)	Modelo psicossocial, entretanto dentro da equipe há profissionais que trabalham em um modelo psiquiátrico

2) Como ocorrem as relações entre esses equipamentos e a atenção básica: ações, dificuldades e potencialidades.

Grupo 1

Municípios	Ações → relações	Dificuldades	Potencialidades
Rio Claro	Desarticulada, descompassada	Lógica do especialismo Ter que colocar prioridades de atendimento, o que gera descontentamento dos usuários. Falta de supervisão. Excesso de demanda Falta da rede funcionar ativamente Não consegue fazer um bom trabalho com crianças que tem uma necessidade mais agravante.	Pensar na visão de território, passar a resolver as questões como rede. Projetos junto com a atenção básica. Articulação da rede da saúde mental em conjunto com a atenção básica

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Ipeuna	Na unidade PSF, existe uma boa relação comunicação, integralidade entre o funcionários. Desarticulação das unidades	Assistencialismo Hierarquização das relações Falta de comunicação entre as coordenadora da UBS e do PSF Rivalidades profissionais e pessoais Problemas políticos. Especialismos	Implantação do SAMU Funcionamento do hospital 24horas Integração da equipe na unidade (PSF), agente comunitários, fisioterapia, etc e UBS Contratação de um psiquiatra Melhor definição dos serviços
---------------	--	---	--

Grupo 2

Municípios	Ações → relações	Dificuldades	Potencialidades
Pirassununga	Pouca comunicação	Falta de contra-referência Implementação de recursos humanos Falta de Educação Permanente Falta de interação entre os setores, inclusive com os pacientes atendidos.	Interação entre os dois serviços
Leme	I Acolhimento/ Triagem II Atendimento médico e Psicológico III Atividades do PSF	I-Mão de obra e qualificação profissional deficiente; II Número insuficiente de profissionais comprometendo a qualidade do atendimento III Falta de comprometimento do paciente e por vezes dos familiares; Referência e contra-referência.	I- Capacitação e recrutamento Humanização; Recrutamento; II Comprometimento; III Desfigurar o modelo médico assistencialista e implantar grupos com atividades propostas pela equipe do PSF (atividades lúdicas, físicas e de recreação)

Grupo 3

Municípios	Ações → relações	Dificuldades	Potencialidades
Conchal	Fortalecimento da rede	Falta de conhecimento do modelo SUS Estrutura física Recursos Humanos Desvalorização do profissional Valorização do médico Recursos materiais	Trabalho em rede Educação Permanente Capacitação

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Itirapina	Ações isoladas de cada profissional Ação medicamentosa	Não ter equipe para desenvolver o trabalho na Saúde Mental Não ter informações e interação com outras unidades Isso não significa que não há interesse por parte dos profissionais, porém falta informação para os trabalhadores da saúde (SUS)	Conhecimento para potencializar as ações
Limeira	Há comunicação entre Atenção Básica e outros equipamentos, porém depende dos profissionais envolvidos nesses equipamentos.	Valorização de alguns profissionais em detrimento a outros Desvalorização – desmotivação Não compartilhamento de prontuário (falta de comunicação) – fragmentação do sujeito	Desejo da psicóloga do PSF em articular com saúde mental Comunicação (apesar de pontuais) entre os equipamentos

Grupo 4

Municípios	Ações → relações	Dificuldades	Potencialidades
Santa Gertrudes	Existe uma troca informal entre as unidades	Não haver uma coordenadora de Saúde Mental	O tamanho da cidade A quantidade de equipamentos A equipe do CAPS
Santa Cruz da Conceição	Relacionamento com a cidade de Leme Faz rede com profissionais das outras equipes	Relação com médico, que interna paciente sem conversar	Apoio da assistente social, de enfermeiros e conselho tutelar O tamanho da cidade
Cordeirópolis	Com a Atenção básica, com hospital geral, com centro de convivência de idosos, Promoção Social	Falta de comunicação entre as equipes Inexistência de um projeto/programa de matriciamento.	A disponibilidade da equipe Equipe tem uma visão que o caso pode ter um resultado melhor

15-10-10: TURMA II

Objetivos:

Conhecer os equipamentos e práticas em Saúde Mental: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital Dia (HD), Unidade Básica de Saúde (UBS), Programa de Saúde da Família (PSF), Ambulatórios de Saúde Mental, internação psiquiátrica, emergência, enfermaria psiquiátrica, Manicômio Judiciário, Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), moradia assistida, oficina de trabalho assistido, acompanhamento terapêutico. Discutir as práticas assistenciais realizadas pelas equipes na direção de uma rede articulada de serviços.

Discussão:

Identificação dos equipamentos de saúde mental na micro-região e das atividades que desenvolvem.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Discutir a relação desses equipamentos com a atenção básica.

Meta:

Elaborar estratégias para ação em rede social e o atendimento do princípio da integralidade.

Questões para o grupo:

- 3) Apresentar os equipamentos de saúde mental na micro-região e descrever as atividades que realizam buscando identificar o modelo predominante nessas atividades (psiquiátrico ou psicossocial)
- 4) Como ocorrem as relações entre esses equipamentos e a atenção básica: ações, dificuldades e potencialidades.

Grupo 1

Município	Equipamentos	Atividades	Modelo
Capivari	CAPS II CAPS AD Ambulatório SM PSFs UBSs	Atendimento Médico/Psiquiátrico Tradicional Modelo em construção (<i>full time</i>)	Psiquiátrico Psicossocial Tentativa de Discussão de casos com uma médica do serviço, que se propõe fazê-la.
Elias Fausto	Equipe PSF Ambulatório de SM CAPS II (Capivari) CAPS ad (Capivari) Unidade Mista de Saúde Posto de Saúde Cardeal (PSF)	Atendimento ambulatorial (setor psicologia)	Construir um trabalho linear, conjunto com o PSF.

2-Como ocorrem as relações entre esses equipamentos e a atenção básica: ações, dificuldades e potencialidades.

Município	Ações → relações	Dificuldades	Potencialidades
Capivari	<i>Tentativa</i> de Matriciamento: CAPS II, CAPS AD, AMBULATÓRIO (<i>barrado</i>)	As pessoas não abraçaram o matriciamento. Reuniões não disseminadas. Sem capacitação adequada Problemas com a condução 1 representante de cada setor Não abraçam o matriciamento Não foi disseminado Atividades em excesso.	Pode ser boa solução, desde que possa contar com mais pessoas e reuniões de equipe. Implantar reuniões de equipe nos PSFs <i>Questão: Como lidar com a angústia dessa transição (mudança de paradigmas: do psiquiátrico para o psicossocial) e também a dificuldade para a aproximação com os PSFs??</i>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Elias Fausto	Implantar matriciamento Equipe formada por profissionais e agentes comunitários	Barreira por parte dos profissionais (equipe psicólogas, médico PSF)	Pode ser uma boa solução com uma equipe estruturada Reunião de equipe.
---------------------	--	--	---

Grupo 2 – Piracicaba

Anotações:

Neste encontro, houve certa dificuldade por parte dos participantes em discutir os conceitos apresentados no primeiro momento, pois muitos não sabiam do que se tratavam. Isto pode estar relacionado com o fato deste grupo ser composto predominantemente por profissionais da Atenção Básica, os quais não estão muito familiarizados com o funcionamento dos serviços de Saúde Mental.

Diante disto, houve a necessidade de esclarecer algumas dúvidas (tarefa desempenhada pela facilitadora) sobre o funcionamento do CAPS, o conceito de PTI e o que isto significa dentro do serviço (envolvimento do paciente no seu plano terapêutico, devolvendo-lhe autonomia e promovendo a responsabilização do profissional pelo paciente), a composição das equipes mínimas de cada serviço de saúde mental (CAPS I, II, III) que foi esclarecida por uma busca na internet (inverso.org.br). Após o esclarecimento das dúvidas, houve a ênfase numa questão apresentada na aula em relação ao fato dos profissionais serem a tecnologia dos serviços de saúde e da responsabilidade que isto significa. Discutiram também as dificuldades que encontram no dia a dia e a necessidade de rever sua prática para que não caia na rotina e perca o sentido para o paciente, ressaltam a importância de sempre rever o plano terapêutico e envolver o paciente neste processo.

O tempo gasto para o esclarecimento das dúvidas foi considerável, mas possibilitou a troca de informações e conceitos entre os profissionais da Atenção Básica e da Saúde Mental. Sendo assim, o resultado foi positivo no sentido de que permitiu a apresentação dos serviços de saúde mental, algo que ainda não era claro para todos.

Neste dia houve um desabafo dos participantes, os quais afirmaram que o segundo momento está muito repetitivo e por esta razão, uma enfermeira do CAPS II sugeriu que o Plano de Saúde começasse a ser desenvolvido neste espaço em que estavam todos reunidos (embora isto cause uma ruptura no objetivo do curso). Houve uma aceitação por parte dos demais profissionais, os quais pareciam animados. A idéia foi sugerida também pelo tempo curto que terão para desenvolver o Plano.

Após este momento, não houve muita discussão e seguiram para a Plenária sem uma questão formada, apenas com a sugestão do Plano.

Grupo 3

1- Apresentar os equipamentos de saúde mental na micro-região e descrever as atividades que realizam buscando identificar o modelo predominante nessas atividades (psiquiátrico ou psicossocial)

Município	Equipamentos	Atividades	Modelo
Piracicaba	Ambulatório de saúde mental infantil CAPS ad CAPS II UBS CASVI	Festas, caminhadas, conversas, novas vivências Medicalização Exibição de filmes, festas da terceira idade	Transição Modelo psiquiátrico psicossocial

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

2-Como ocorrem as relações entre esses equipamentos e a atenção básica: ações, dificuldades e potencialidades.

Município	Ações → relações	Dificuldades	Potencialidades
Piracicaba	Os pronto socorros acham que a saúde mental não faz nada. Algumas tentativas de matriciamento Saúde mental trabalhando junto com PSF. Auxílios técnicos	Alguns equipamentos da atenção básica não querem ter contato com os equipamentos da saúde mental. Aumento da demanda de saúde mental Acúmulo da demanda sobre os médicos	IDÉIAS: O problema da saúde mental não é só da saúde mental – educação, política, etc.. As questões estão para além dos equipamentos. Idéia de promover saúde não só no setor da saúde. Toda e qualquer pessoa pode promover saúde. Realização de oficinas. *promoção de saúde na atenção básica – antes do usuário se tornar usuário do CAPS! Instrumentalizar o usuário.

Questões para a plenária:

G1 Como trabalhar com a angústia da mudança de paradigma?

G2 Sugestão sobre o Plano Municipal de Saúde

G3 Como romper com o modelo medicocentrico?

G4 É possível, em municípios pequenos, a experiência do paradigma psicossocial?

A centralidade na unidade familiar.

07-05-10: TURMA I

Objetivos:

Discutir as mudanças na estrutura e dinâmica da família nas últimas décadas, nos papéis dessa instituição e nas relações de poder e autoridade. Discutir os sentidos do "familismo" nas Políticas Públicas.

Discussão:

Discutir a realidade das famílias na região, configurações familiares e conflitos que manifestam.

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Questões para o grupo:

1. Com base na realidade conhecida nos equipamentos, identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco às quais a população está exposta.
2. Descrever as ações voltadas às famílias em cada equipamento analisado.

OUTRAS QUESTÕES:

- a utilização das famílias como estratégias para condução das políticas públicas respondem às necessidades das próprias famílias atendidas?
- tais políticas são eficazes e eficientes para o fortalecimento das competências familiares e contribuem para o processo de inclusão e proteção social desses grupos?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 1

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
Limeira Conchal Engenheiro Coelho PSF Centro de Especialidades CAPS UBS Pronto Atendimento Hospital Geral APAE	Depressão / Ansiedade Álcool / Drogas Hipertensão Diabetes Deslipidemia Obesidade Problemas pertinentes à desorganização ambiental	Violência Educação Sanitária Precária Reorganização Familiar Migração Populacional (indústria / lavoura / assistência médica) Exigências da Vida Moderna X Conscientização Vida Saudável Ausência de Ações, condições e espaços para lazer. Crescimento Populacional	Promoção de ações voltadas à cultura e Lazer Grupos de Orientação à Saúde; tabagismo; diabetes; hipertensão; gestantes; campanhas de vacinação. Campanhas de Prevenção de Epidemias.

Grupo 2

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
CAPS I CRICA APAE PSF	Depressão Esquizofrenia Transtorno alimentar Dependência Química Transtorno de comportamento Transtorno bipolar	Falta de acompanhamento especializado; Falta de acompanhamento da equipe; Interrupção de tratamento Falta de atendimentos especializados	Intersetorialidade de alguns serviços; Preparação/capacitação de A.C. S. (permanente) Prioridade de atendimento à família

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
Não possui equipamento para menores de idade (Utilização de espaço cedido por uma ONG)	Drogadicção na infância e adolescência	Agressividade, marginalidade	Ação independente de duas profissionais da saúde, visando atender a família.
CAPS AD	Alcoolismo e drogadicção	Violência, adoecimento de familiares, marginalidade	
PSF	Adulto, idoso- osteoporose, hipertensão, diabetes, depressão- transtorno emocional, insônia, ansiedade, obesidade, DST, Dislipidemia, Cáries dentárias	Cardiovascular, circulatório, AVC, traumas.	Hiper dia, Tarde saudável (idosos e adultos), ginástica, nutrição. Orientação sobre ambiente e cuidados pessoais necessários.
	Mulher, gravidez na adolescência e indesejada, patologias ginecológicas, obesidade, DST, problemas ginecológicos em mulheres diabéticas, transtornos associados ao climatério.	Baixa auto-estima (incomodo por mal cheiro) pressão alta, depressão, DM, aumento de corrimento. Transmissão de doenças via sexual.	Grupos de gestantes (jovens), de orientação e prevenção, de planejamento familiar, de reeducação alimentar
	Criança: diarreias, verminoses, alergias, escabioses, pediculoses, doenças respiratórias, distúrbios nutricionais Cáries dentárias	Desidratação, avitaminoses, déficit de aprendizagem, bronquites e pneumonias, infecção gastrointestinal, Perda dentária	Acompanhamento do bebê de risco Orientação nutricional (nutricionista e pastoral da criança) Puericultura Comitê de mortalidade materno infantil. Vacinação Orientações em escolas creches Higiene bucal (Bebê sorriso) Saúde dental de adolescentes e infantil
CAPS	Psicose e neuroses graves	Surtos, agressividade, preconceito, falta de suporte familiar	Atendimento a família individual e grupo de familiares.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

			Internação nos leitos do CAPS, Oficinas terapêuticas, Visitas domiciliares, Busca ativa
CRAS	Preconceitos, desemprego, problemas de relacionamento familiar	Perda de autonomia, depressão, violência e desagregação.	Orientação de saúde (VISA, DENGUE, Pediculoses, verminoses, habito de higiene) para a família. Terapia familiar.
CREAS	Situações de violência no âmbito familiar	Traumas físicos e psíquicos, morte.	Terapia familiar e individual.

Grupo 4

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
CAPS I Ambulatório S.M PSF	Desestruturação da família, que desencadeia diversos problemas de saúde	Drogadicção/alcoolismo, violência, depressões e diversas “síndromes”	No CAPS há dificuldade num auxílio da família, e fazer a família se implicar no problema, pelo horário. No PSF tenta-se dar uma orientação. De uma maneira geral, em todos os equipamentos, há um acolhimento e uma tentativa de auxílio ao problema. Ações pensadas: associação com a educação, ter um olhar para a família e o modo como ela “funciona” e assim formar rede com os equipamentos (ou seja, a família sendo vista como única e não de forma generalizada)

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Leme

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
PSF	Depressão Transtorno alimentar Transtorno de comportamento (ToC) Stress Esquizofrenia (Crises)	Suicídio Abuso de álcool e drogas Agressão Violência Desagregação e conflitos familiares Isolamento social	Grupos de orientações; Doses supervisionadas; Visitas domiciliares Terapêutica medicamentosa Consultas na unidade Atividades físicas Apoio emocional Encaminhamentos
CAPS I	Depressão maior	Auto-mutilação	
Ambulatórios de saúde mental	Transtorno bipolar Esquizofrenia Dependência Química Psicoses	Suicídio Conflitos familiares Violência Prejuízos financeiros e de saúde Crimes (roubos, homicídios...)	Acompanhamento psicológico e psiquiátrico Terapia ocupacional Doses supervisionadas Atividades físicas Terapia medicamentosa;

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
Não possui equipamento para menores de idade (Utilização de espaço cedido por uma ONG)	Drogadicção na infância e adolescência	Agressividade, marginalidade	Ação independente de duas profissionais da saúde, visando atender a família.
CAPS ad	Alcoolismo e drogadicção	Violência, adoecimento de familiares, marginalidade	
PSF	Adulto, idoso- osteoporose, hipertensão, diabetes, depressão- transtorno emocional, insônia, ansiedade, obesidade, DST,	Cardiovascular, circulatório, AVC, traumas.	Hiper dia, Tarde saudável (idosos e adultos), ginástica, nutrição. Orientação sobre ambiente e cuidados pessoais necessários.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

CAPS	<p>Dislipidemia, Cáries dentárias</p> <p>Mulher, gravidez na adolescência e indesejada, patologias ginecológicas, obesidade, DST, problemas ginecológicos em mulheres diabéticas, transtornos associados ao climatério.</p> <p>Criança: diarreias, verminoses, alergias, escabioses, pediculoses, doenças respiratórias, distúrbios nutricionais Cáries dentárias</p> <p>Psicose e neuroses graves</p>	<p>Baixa auto-estima (incomodo por mal cheiro) pressão alta, depressão, DM, aumento de corrimento. Transmissão de doenças via sexual.</p> <p>Desidratação, avitaminoses, déficit de aprendizagem, bronquites e pneumonias, infecção gastrointestinal, Perda dentária</p> <p>Surtos, agressividade, preconceito, falta de suporte familiar</p>	<p>Grupos de gestantes (jovens), de orientação e prevenção, de planejamento familiar, de reeducação alimentar</p> <p>Acompanhamento do bebê de risco Orientação nutricional (nutricionista e pastoral da criança) Puericultura Comitê de mortalidade materno infantil. Vacinação Orientações em escolas creches Higiene bucal (Bebê sorriso) Saúde dental de adolescentes e infantil</p> <p>Atendimento a família individual e grupo de familiares. Internação nos leitos do CAPS, Oficinas terapêuticas, Visitas domiciliares, Busca ativa</p>
CRAS	Preconceitos, desemprego, problemas de relacionamento familiar	Perda de autonomia, depressão, violência e desagregação.	Orientação de saúde (VISA, DENGUE, Pediculoses, verminoses, hábito de higiene) para a família. Terapia familiar.
CREAS	Situações de violência no âmbito familiar	Traumas físicos e psíquicos, morte.	Terapia familiar e individual.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

01-10-10: TURMA II

Objetivos:

Discutir as mudanças na estrutura e dinâmica da família nas últimas décadas, nos papéis dessa instituição e nas relações de poder e autoridade. Discutir os sentidos do “familismo” nas Políticas Públicas.

Discussão:

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
Elias Fausto Ambulatório de especialidades, com atendimento psicológico. 3 PSF's – no entanto, não estão nos bairros. Ficam dentro de Centro de Saúde no Centro da cidade	Alcoolismo Suicídio Pacientes diagnosticados psicóticos Drogas – principalmente com adolescentes Idosos – diabetes / pressão alta, etc. <i>Estruturas familiar</i> <i>Saúde do trabalhador</i> <i>Saúde idosos (hipertensão, depressão, diabetes)</i> <i>Profissionais desmotivados – idéia pré-estabelecida do fracasso</i>	Condições de trabalho desumanas (exploratória) Existe colheita de tomate e o veneno utilizado na plantação afeta o sistema nervoso central. Muitos estão sendo afetados pois não existe proteção para o trabalhadores. Violência doméstica “desestruturação familiar (?)” <i>Destruturra familiar</i> <i>Dependência química</i> <i>Violência doméstica</i> <i>DST/AIDS</i> <i>Gravidez na adolescência</i> <i>Abandono</i> <i>Cronificação do problema</i>	Grupos Familiares e de Apoio aos alcoolistas (Encerrado) No momento não existe nenhuma ação realizada. Criação de lugares de lazer (cinemas, etc.) Criação de cursos profissionalizantes / cooperativas de trabalho Necessidade de trabalho com grupo de idosos Encaminhamento para o CAPS AD em Capivari <i>Políticas públicas</i> <i>Sem ações</i> <i>Grupos adolescentes</i> <i>Promoção de lazer</i> <i>Cursos profissionalizantes</i> <i>Plano para atividades do idoso.</i> Possibilidade de aumentar o nível cultural da cidade e criar programas criativos (?) para adolescentes Proposta de trabalho com idosos Atendimento familiar, mas trabalhar o todo Sem unidade para tratar alcoolismo Sem ação
Iracemópolis Ambulatório de especialidades. PSF's	Diagnósticos de transtorno de pânico. Alcoolismo Drogas. <i>Hipertensão</i>	Condições de trabalho desumanas (exploratória). Violência doméstica “desestruturação familiar (?)” Migração de mão de obra para a Usina da	CEAC – Centro de Educação, Arte e Cultura - com diversas oficinas e cursos para os jovens. PAT – Posto de Amparo ao Trabalhador

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

UBS	<p><i>Diabetes – insulino dependente</i> <i>Uso abusivo de álcool e outras drogas</i> <i>Depressão</i> <i>Transtorno generalizado</i> <i>Ansiedade</i> <i>Gravidez na adolescência</i></p>	<p>Cidade. <i>Violência doméstica</i> <i>DST/AIDS</i> <i>Desestrutura familiar</i></p>	<p>Atuação do único psicólogo da cidade junto ao PSF e a UBS. <i>Planejamento familiar (incompleto)</i> <i>Grupo de gestantes</i> <i>Grupo de hipertensos</i> <i>Grupo de insulino dependente</i> <i>Diabéticos</i> <i>Intervenções curativas</i> <i>Álcool e drogas – encaminhamento para clínica e grupos especializados.</i></p>
<p>Capivari Ambulatório de especialidades. PSF's UBS</p>	<p>Diagnósticos de transtorno de pânico. Alcoolismo Drogas. Hipertensão <i>Diabetes – insulino dependente</i> <i>Uso abusivo de álcool e outras drogas</i> <i>Depressão</i> <i>Transtorno generalizado</i> <i>Ansiedade</i> <i>Gravidez na adolescência</i></p>	<p>Condições de trabalho desumanas (exploratória). Violência doméstica “desestruturação familiar (?)” Migração de mão de obra para a Usina da Cidade. <i>Violência doméstica</i> <i>DST/AIDS</i> <i>Desestrutura familiar</i></p>	<p>CEAC – Centro de Educação, Arte e Cultura - com diversas oficinas e cursos para os jovens. PAT – Posto de Amparo ao Trabalhador Atuação do único psicólogo da cidade junto ao PSF e a UBS. <i>Planejamento familiar (incompleto)</i> <i>Grupo de gestantes</i> <i>Grupo de hipertensos</i> <i>Grupo de insulino dependente</i> <i>Diabéticos</i> <i>Intervenções curativas</i> <i>Álcool e drogas – encaminhamento para clínica e grupos especializados.</i></p>
<p>CAPS II CAPS AD PSF UBS</p>	<p>Os profissionais de saúde (em geral) estão sentindo-se incapazes. Falta de acolhimento pelo gestor.</p>	<p>Idéia pré-estabelecida de que nada vai dar certo, gerando desanimo e a profecia de que nada vai dar certo.</p>	<p>As ações estão paralisadas, bem como a criação de projetos.</p>
<p>Outras anotações:</p>		<p><i>Dependência</i></p>	<p><i>Necessidade: promoção de lazer</i> <i>Grupos</i></p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

<p><i>Saúde mental</i></p> <p><i>PSF/ambulatório</i></p>	<p><i>Alcoolismo,</i> <i>Drogas, com adolescentes</i> <i>Gravidez na adolescência,</i> <i>Idosos (com patologias)- hipertensão, diabetes,</i> <i>depressão</i> <i>Depressão/transtorno de pânico</i> <i>Desânimo</i></p> <p><i>Os profissionais de saúde estão se sentindo incapazes, desmotivados, tidos de poder falar suas ideias</i></p>	<p><i>Violência doméstica</i> <i>DST/AIDS</i> <i>Desestruturação familiar</i> <i>Saúde da mulher</i> <i>Saúde do RN</i> <i>Agravos</i></p> <p><i>Falta de apoio, descrença</i></p> <p><i>Trabalho explorador</i></p> <p><i>Profecia de que nada vai dar certo</i> <i>Impotência, lentidão</i></p>	<p><i>Oficinas profissionalizantes e terapêuticos</i> <i>Trabalhar com idosos que tenham problemas de saúde.</i></p> <p><i>Questão: Como atrair as famílias para agir como estratégia para condução das políticas públicas?</i></p> <p><i>Fechamento dos bares mais cedo, encaminhamento para o CAPS ad</i></p> <p><i>Promoções de lazer</i> <i>Grupos de adolescentes</i> <i>Trabalho com idosos em grupo</i></p> <p><i>Incentivo para os trabalhadores</i> <i>Criação de grupo de apoio</i> <i>Não realiza as questões.</i></p>
--	--	---	---

Discutir a realidade das famílias na região, configurações familiares e conflitos que manifestam.

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Questões para o grupo:

1. Com base na realidade conhecida nos equipamentos, identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco às quais a população está exposta.
2. Descrever as ações voltadas às famílias em cada equipamento analisado.

Outras questões para reflexão

1. A utilização das famílias como estratégias para condução das políticas públicas respondem às necessidades das próprias famílias atendidas?
2. Tais políticas são eficazes e eficientes para o fortalecimento das competências familiares e contribuem para o processo de inclusão e proteção social desses grupos?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 2

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
CAPS i CAPS II XAPS ad PSF Ong	Queixas escolares TDAH Ansiedade Depressão	Falta de tempo para nos adaptarmos a evolução do mundo Intervenção no indivíduo e não no contexto ambiental Excessos	Estimular espaços/momentos para brincadeira Diminuir ou não receitar/administra medicamentos psicotrópicos (não medicalizar) Ações específicas e pontuadas no problema-destaque
	Ansiedade Distúrbio de oposição Esquizofrenia Sofrimentos mentais afetam mais a família que as físicas	Sofrimento mental Fracasso escolar Aumento da vulnerabilidade Reprodução da realidade.	Formação de uma equipe multiprofissional para ações de promoção, prevenção de saúde A política não deve se basear em pessoas Grupo de famílias Questão: Família: problema ou solução? Como entender e trabalhar
	Ausência de suportes sociais para o cuidado da criança/adolescente na ausência da mãe. No CAPS i: Hiperatividade TDAH Ansiedade Depressão No PSF: tem muitos problemas de doença que a gente sabe que é problema na família		É necessário abrir espaços para que a família venha até nós, porque, as vezes, não há sofrimento como a gente acha. Eu tento não entrar com a medicação e tentar outras coisas Tem que desamararr os dados objetivos

Discussão do grupo:

PSF

Qual o limite da atuação a favor da família e do estado (política sanitária) – resposta do Estado

Como atuar sem ser usado como equipamento de controle, ações efetivas a favor da população?

Policlínica

Ausência de um responsável na família. Parece que existe desinteresse pelas crianças

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

A instituição se ocupa da criança assumindo o papel da família.
Como retornar essa responsabilidade?

Pronto Atendimento

Sente a mesma coisa. O modelo não deve ser repensado? Caso do idoso (13 anos com fratura no fêmur)

Tem que existir um responsável

Proposta de se começar nos próprios lugares – divisão do conhecimento.

Exemplo de "soluções" na própria comunidade: vizinha, brinquedoteca.

Duas dimensões: enfrentamento do estado e atuação coletiva

Como exigir mais do governo, estimular a participação

População desinformada e conformada

Pequenas ações podem gerar ações políticas

O paciente procura porque quer que um problema seja resolvido

Pronto Socorro – lugar angustiante para se trabalhar – convívio com a desagregação familiar

Transfere para outras instituições o problema. A comunidade tem que se organizar e reivindicar o que tem direito

A comunidade é pouco cobrada, só exige solução.

Poder chegar mais próximo da realidade

Descompromisso da mãe em relação aos seus filhos) 3 pessoas concordam expressamente em relação a essa idéia.

Outras anotações:

A criança é o sintoma, elas criam um problema, pois o problema vem para a gente

Para a criança ser hiperativa não é um problema

Eu preciso, as vezes, parar de respirar, as mudanças estão acontecendo muito rápido.

As escolas continuam iguais, enquanto o mundo está repleto de mudanças

Vamos fazer saúde com cultura

Cada vez mais a gente percebe que precisamos de outros serviços

O deficiente físico causa menos problema para a família quando tem, algum sofrimento físico

Não temos o poder de resolver tudo

As ações estão muito mais individualizadas

Na saúde mental tem que trabalhar com a família, mesmo que eles não queiram

O idoso precisa ter apoio da família

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

O discurso das escolas é muito adoeecedor. As crianças estão com muito baixa auto-estima

Família: problema ou solução? Como trabalhar. Como intervir na família, porque temos uma visão individualizada.

Questões para a plenária:

G1 - Que estratégia utilizar para conjugar com as famílias os esforços e serviços?

G2- Falta de suporte para a família assumir a responsabilidade. Serviços disponíveis às famílias? Vulnerabilidade das crianças e dos adolescentes. Qual o limite da atuação: controle do Estado ou a serviço da emancipação?

G3 - Família: problema ou solução? Como entender e trabalhar?

G4 - Como trazer as famílias para participar dos grupos propostos? Como romper com o paradigma assistencialista?

Grupo 3

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
1 ambulatório infantil 3 ambulatórios de saúde mental 1 CAPS II 1 CAPS Ad (em cadastramento) 1 Residência terapêutica 1 Casa das Oficinas PSF ONG Casvi	Queixas escolares TDAH Ansiedade Depressão\Ansiedade Distúrbio de oposição Esquizofrenia Sofrimentos mentais afentam mais as famílias do que sofrimentos físicos.	Falta de tempo para nos adaptarmos à evolução do mundo. Intervenção no indivíduo e não no contexto ambiental. Excessos.	Estimular espaços\momentos para brincadeiras. Diminuir ou não receitar\administrar medicamentos psicotrópicos (não medicalizar). Ações específicas e pontuadas no problema-destaque. Grupos com famílias.

Grupo: 4

Equipamentos	Problemas de saúde (1)	Riscos (1)	Ações realizadas (2)
São Pedro – Unidade de saúde (atenção básica)	Drogas, depressão, transtornos de ansiedade		Atendimento psicológico
Santa Maria da Serra - Serviço de saúde	Transtorno hiperativo, transtorno opostos, evasão escolar, distúrbio de aprendizagem, drogadicção (crack), alcoolismo (masculino), menores infratores, gravidez na adolescência	Desinteresse familiar	Ainda dependem da formação da rede

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Charqueada Pronto Socorro Hospital psiquiátrico UBS	Alcoolismo, Violência doméstica, gravidez na adolescência	Desestruturação familiar, transmissões de doenças, agressões.	Grupo de gestante, assistente social, encaminhamento dos usuários de drogas para tratamento, auxílio das religiões, casa da criança, pastoral da criança.
Saltinho	Problemas de aprendizagem, drogas, alcoolismo, gravidez na adolescência		
Águas de São Pedro – unidade de saúde (AB)	Drogadicção Depressão Transtorno de ansiedade		

Saúde mental do trabalhador e da trabalhadora.

14-10-2010: TURMA I

Objetivos:

Discutir a organização do trabalho e o processo saúde/doença. Descrever condições de risco e agravamento à saúde do trabalhador. Promover um espaço de reflexão que permita a valorização do saber do próprio trabalhador sobre seu cotidiano profissional. Identificar condições de organização do trabalho que permitam romper com a burocratização e a alienação

Discussão:

Levantamento dos problemas identificados como saúde do trabalhador e as ações de enfrentamento desses problemas.

Meta:

Elaborar um Programa de Saúde Mental do Trabalhador.

Questões para o grupo:

1. O mundo do trabalho pode influenciar em nosso estado de saúde? Por quê?
2. Nos atendimentos realizados em suas unidades os profissionais questionam qual é o trabalho do usuário? Essa questão pode ajudar no tratamento ou encaminhamento do caso?
3. Quais são as demandas de saúde do trabalhador e como essas chegam em suas unidades de trabalho?

Em relação ao caso clínico:

1. Características da vida pessoal do profissional. Sintomas e/ou síndromes anunciadas no texto do caso.
2. Identificar precarização das relações de trabalho e os MEDIADORES que contribuíram para o adoecimento de Ruth. O trabalho foi um fator importante no desencadeamento desse caso?
3. Apontar qual foi o desfecho do caso. Avaliar o desfecho do caso e apontar outras formas de solução do caso.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3 – Limeira e Conchal

Local	Como o mundo do trabalho influencia na saúde	Como as questões relativas ao trabalho são abordadas no atendimento.	Como são tratadas e/ou encaminhadas.	Quais as demandas que surgem em relação à saúde do trabalhador e como elas chegam aos serviços.
<p>Conchal</p> <p>Limeira</p>	<p>Nas relações sociais</p> <p>Nas relações pessoais</p> <p>Nas aquisições materiais</p> <p>Auto-estima</p>	<p>Questionando</p> <p>Orientando</p> <p>Encaminhando</p>	<p>Investigando</p> <p>Tratamento e prevenção</p> <p>Intervenção</p>	<p>Trabalhador rural buscando vacinação Preventivas</p> <p>Trabalhadores afastados que querem continuar doente, por não gostar do trabalho, e por ter ganhos secundários da doença</p>
<p>Santa Gertrudes</p> <p>Engenheiro Coelho</p>	<p>Engenheiro Coelho: o trabalho influencia em tudo, pois se não está bem no trabalho há influencia para outros campos da vida.</p> <p>Sta. Gertrudes: a satisfação profissional tem benefícios e insatisfação pode trazer prejuízos inclusive para a saúde.</p>	<p>Eng. Coelho: o questionamento existe mais não é formal. Utiliza-se o nexo causal.</p> <p>Sta. Gertrudes: PSF e serviço social há o questionamento formal. Também se utiliza o nexo causal.</p>	<p>Com orientações específicas sobre o nexo causal. Os encaminhamentos são para especialidades, não há um serviço específico de saúde do trabalhador.</p>	<p>Demandas:</p> <p>Santa Gertrudes: lesões corte contusa, poli traumas, infartos, questões respiratórias, depressões, doenças psíquicas, dependências químicas e lesões oftalmológicas</p> <p>Engenheiro: lesão corte contusa, mialgias, lombalgias, cistite, questões respiratórias, infarto, lesões oftalmológicas e acidentes biológicos</p> <p>Chegam encaminhadas pelo sistema interno, quanto por outras diversas formas portanto vem tanto de fora, quanto de dentro.</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Em relação ao caso clínico:

1. Características da vida pessoal do profissional. Sintomas e/ou síndromes anunciadas no texto do caso.

Quanto a vida pessoal do profissional, demonstrava ser uma pessoa emocionalmente equilibrada. Apresentava bom relacionamento com os colegas de trabalho e gostava do trabalho que desenvolvia há seis anos e meio.

Sintomas: dores físicas, assédio moral, sofreu preconceito, discriminação, depressão, acusada de ser muito queixosa, deixaram de ouvi-la, dor emocional, passividade, encaminhada à psiquiatria, descaso quanto a sua doença.

2. Identificar precarização das relações de trabalho e os MEDIADORES que contribuíram para o adoecimento de Ruth. O trabalho foi um fator importante no desencadeamento desse caso?

Passividade e acomodação da profissional,

Médico da empresa que a convenceu de não registrar o acidente, cometendo um delito,

Resolveram a situação afastando-a do trabalho,

Demora em procurar um especialista,

Descaso, falta de informação, discriminação,

Relação do empregador e funcionário,

Médico do trabalho sem comprometimento com o paciente, devido o sistema interferir,

Médico que não reconhece o acidente de trabalho por ter errado

Tudo começou no trabalho

3. Apontar qual foi o desfecho do caso. Avaliar o desfecho do caso e apontar outras formas de solução do caso.

O desfecho do caso foi negativo em relação à empresa, não teve nenhum apoio. Mas em relação de sua melhoria se deu por ajuda de seu marido que investiu em seu tratamento, apoiou em sua demissão da empresa e influenciou emocionalmente dando suporte financeiro e carinho.

Solução: o acidente ser notificado e encaminhado; ter uma equipe para ser acolhida, ouvida, acompanhada e conduzir tanto para o usuário como para a empresa.

Promover ações coletivas, campanhas educativas, facilitando e dinamizando o trabalho.

Em relação ao caso clínico:

1. Características da vida pessoal do profissional. Sintomas e/ou síndromes anunciadas no texto do caso.

Casada, 2 filhos, jovem, bem amada, criativa, emocionalmente equilibrada, responsável, competente, dedicada e bom relacionamento interpessoal

Através de um problema físico, desencadeou problemas emocionais pelo descaso e exclusão sentido. Ou seja, pela falta de atenção dada pelos médicos pela dor física, exclusão e descaso dos colegas e chefia, desenvolve-se um estado depressivo.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

2. Identificar precarização das relações de trabalho e os MEDIADORES que contribuíram para o adoecimento de Ruth. O trabalho foi um fator importante no desencadeamento desse caso?

Precarização: das relações, a condução inadequada do médico, falta de uma chefia imediata a falta de assistência e orientação e a falta de coleguismo.

Mediadores: A indiferença com o caso por todos e a des-responsabilização (não querer tomar para si) dos médicos, dos colegas, da chefia e a falta de reconhecimento e olhar do outro. A falta de responsabilidade por todos em geral, desde o operador da máquina que vazou óleo, o faxineiro que não limpou a mancha e até os outros empregados, que não olharam, então vai de ponta a ponta e por fim, o esquecimento do olhar de quem era a Ruth.

O trabalho e a tarefa dela em si não foram fatores essenciais para o desencadeamento do problema, e sim o contexto em que Ruth estava inserida

3. Apontar qual foi o desfecho do caso. Avaliar o desfecho do caso e apontar outras formas de solução do caso.

O desfecho do caso foi péssimo, pois ela precisou se demitir por algo alheio a ela, havendo principalmente uma perda de identidade.

Soluções: Conduta e ética médica adequada, assistência e tratamento adequados, uma chefia imediata ética, informação e a postura dos colegas

29-10-2010: TURMA II

Objetivos:

Discutir a organização do trabalho e o processo saúde/doença. Descrever condições de risco e agravo à saúde do trabalhador. Promover um espaço de reflexão que permita a valorização do saber do próprio trabalhador sobre seu cotidiano profissional. Identificar condições de organização do trabalho que permitam romper com a burocratização e a alienação

Discussão:

Levantamento dos problemas identificados como saúde do trabalhador e as ações de enfrentamento desses problemas.

Meta:

Elaborar um Programa de Saúde Mental do Trabalhador.

Questões para o grupo:

4. O mundo do trabalho pode influenciar em nosso estado de saúde? Por quê?
5. Nos atendimentos realizados em suas unidades os profissionais questionam qual é o trabalho do usuário? Essa questão pode ajudar no tratamento ou encaminhamento do caso?
6. Quais são as demandas de saúde do trabalhador e como essas chegam em suas unidade de trabalho?

Em relação ao caso clínico:

4. Características da vida pessoal do profissional. Sintomas e/ou síndromes anunciadas no texto do caso.
5. Identificar precarização das relações de trabalho e os MEDIADORES que contribuíram para o adoecimento de Ruth. O trabalho foi um fator importante no desencadeamento desse caso?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

6. Apontar qual foi o desfecho do caso. Avaliar o desfecho do caso e apontar outras formas de solução do caso.

CASO CLÍNICO:

Ruth, 30 anos, casada, dois filhos bem amada e emocionalmente equilibrada, trabalhava no almoxarifado de uma empresa industrial há seis anos e meio quando os fatos relatados a seguir tiveram início.

Sua atividade consistia no controle de estoque, utilizando programa de computador, e no armazenamento de pacotes de peças ou alguns outros materiais que seriam utilizados na produção. Para pacotes mais pesados, o almoxarifado dispunha de empilhadeira operada por um condutor habilitado. Ruth gostava do trabalho e se relacionava bem com os colegas.

Certo dia, no início da tarde de uma sexta-feira, Ruth escorrega numa mancha de óleo proveniente da empilhadeira e sofre queda, na qual bate a região cóccix no piso duro. Apesar da dor que advém do acidente, Ruth continua trabalhando até o final da jornada.

No dia seguinte, sábado, a região cóccigea está edemaciada, avermelhada e dolorosa, o que a leva a procurar um pronto socorro. O médico de atendimento, após medicá-la, afasta-a do trabalho por doença por três dias. Na semana que segue, já volta ao trabalho, ela continua com dor e sem conseguir sentar-se. Só então resolve procurar o serviço médico da empresa para registrar o acidente de trabalho.

O médico da empresa convence Ruth de não registrar o acidente. Ele acha que não se trata de acidente de trabalho.

Ruth continua trabalhando. Em alguns momentos ela consegue desempenhar bem suas atividades e, inclusive, sentar-se. Mas a dor retorna e é intensa. Quando isso acontece Ruth não consegue desempenhar adequadamente suas atividades. De volta ao médico do trabalho da empresa, ela é novamente afastada do trabalho por uma semana. Passados cerca de um mês e meio da queda, o problema de saúde de Ruth continua e ela decide procurar um ortopedista. Este confirma que se trata de consequência da queda, configurando, portanto um acidente de trabalho. Na verdade, o médico do trabalho da empresa havia cometido um delito, ao não registrar o acidente de trabalho, não encaminhando Ruth à perícia médica da Previdência Social.

O ortopedista elabora um relatório e reencaminha Ruth ao médico do trabalho da empresa que persiste na atitude de não registrar o acidente, ponto de partida para as providências junto à Previdência Social. Ruth continua trabalhando. No ano que se segue, o almoxarifado é reorganizado e ao voltar de suas férias, Ruth descobre que deve assumir um posto de trabalho no qual deverá permanecer sentada todo o tempo, o que provoca-lhe dores e leva à piora do quadro.

Ruth resolve continuar batalhando para o reconhecimento do acidente de trabalho, origem de sofrimento que já dura mais de um ano. Por outro lado, o médico da empresa continua obstinado em não reconhecer o acidente. Ruth apela à Justiça por meio de um advogado. Nesse processo, o médico do trabalho da empresa envia uma carta ao advogado, na qual informa que *“em minha opinião, o componente psicológico é tão evidente que sugiro que seja encaminhada a um psiquiatra”*. Cerca de dois anos e meio depois do acidente, Ruth consegue o reconhecimento do episódio pela Previdência Social.

Durante o desenrolar desse processo as colegas de trabalho de Ruth começaram a caçoar de suas queixas de dor, e com o passar do tempo, seus afastamentos por doença desencadearam uma hostilidade velada por parte das colegas. Os colegas progressivamente deixaram de se dirigir a ela, cochichavam e riam em sua presença, davam indiretas do tipo *“cuidado com o óleo no chão, Joana ou Mário ou... (nome de alguma das colegas) você pode escorregar”*. Os onze trabalhadores do setor que almoçavam na própria empresa, dividiam-se aleatoriamente em dois grupos e aproveitavam o horário de almoço para conversar, falar da família e de outros assuntos. Pouco a pouco, esse hábito, de anos, foi se alterando: o almoço passou a transcorrer em silêncio e, em seguida, formavam-se grupinhos de dois ou três colegas dos quais Ruth era excluída.

Percebendo que seu trabalho estava sendo afetado, Ruth decidiu falar com os colegas com os quais no passado havia tido mais afinidade. Não conseguiu ser ouvida e, pior, foi-lhe dito que ela estava *“imaginando coisas”*, que deveria procurar tratamento psiquiátrico.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Os colegas passaram a sonegar-lhe informações e a chefia, que passava algumas vezes pelo setor para dar instruções, verificar se tudo estava bem, não se apercebeu, ou não quis se aperceber do que estava ocorrendo. Ruth passou a almoçar sozinha ou, eventualmente, com colegas de outros setores, com os quais mantinha algum relacionamento.

Em casa, Ruth chegou a relatar ao marido que muitas vezes achava que era invisível. Sentindo-se acuada e na defensiva, de trabalhadora produtiva, cuja criatividade, no passado, contribuía para o aperfeiçoamento do almoxarifado, passou a render menos, sentir-se sem apoio no trabalho e insatisfeita. De trabalhadora que se relacionava bem com os colegas da empresa, na qual acreditava ter amigos, passou a isolar-se, fechar-se.

Grupo 1

Como o mundo do trabalho influencia na saúde	Como as questões relativas ao trabalho são abordadas no atendimento.	Como são tratadas e/ou encaminhadas.	Quais as demandas que surgem em relação à saúde do trabalhador e como elas chegam aos serviços.
<p>Baixo orçamento; ambientes inadequados; Falta de recursos humanos sobrecarga, etc. São marginalizações à qual estão expostos os trabalhadores e os serviços</p> <p>Quem humaniza o trabalhador?</p> <p>Falta CIPA Sem perspectiva de ascensão profissional. Preconceito no imaginário social (“vagabundo”). Dificuldade nas relações entre profissionais.</p>	<p>Pouco abordado. Muitas vezes só é questionado qual a profissão e o local de trabalho, para preencher formulários de triagem e anamnese.</p> <p>Cada cidade possui particularidades. Por exemplo: colheitas de cana e colheitas de tomate no qual os trabalhadores estão submetidos a condições desumanas.</p>	<p>Não são encaminhados adequadamente, pois não existe, em nenhuma das cidades presentes no grupo, atenção voltada para o trabalhador na saúde pública.</p> <p>Ocorrem alguns olhares “diferenciados” por profissionais isolados e sem rede.</p>	<p>Alcoolismo e uso de drogas. Guardas com porte de armas Motorista da prefeitura Professoras; merendeiras e faxineiras.</p> <p>Demanda encoberta com professores, funcionários públicos e outros profissionais</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

<p>Elias Fausto Funcionário público vagabundo Ambiente de trabalho (número de funcionários reduzido, muito trabalho, sem reconhecimento do trabalho desenvolvido, sem incentivo, sem plano de carreira) Desemprego Quem humaniza o funcionário de saúde? Sem CIPA Sem perspectivas de crescimento dentro do trabalho Assédio moral de funcionários.</p>	<p>Abordado minimamente Triagem/ anamnese Afastamento do trabalho Acidente de trabalho Particularidade dos trabalhadores da cidade.</p>	<p><i>Não são tratados porque não tem saúde do trabalhador.</i></p>	<p><i>Trabalhadores (uso de álcool) Assédio moral (demanda encoberta) Funcionários (professores, faxineiras, merendeiras, motorista)</i></p>
<p>Iracemápolis <i>Relações pessoais (?) Pressão por resultado Falta de equipe Baixa remuneração Falta de perspectiva de crescimento Falta de cuidado com a saúde do trabalhador.</i></p>	<p><i>São pouco abordados Existe falta de preparo do funcionário para abordar? a questão.</i></p>	<p><i>São cuidados na saúde mental, os casos de adoecimento psíquico.</i></p>	<p><i>São cuidados na saúde mental, os casos de adoecimento psíquico e Uso de drogas</i></p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

<p>Capivari <i>Ambiente inadequado</i> <i>Número de funcionários reduzido</i> <i>Relações humanas</i> <i>Quem humaniza o funcionário?</i> <i>Baixos salários</i> <i>Sem CIPA</i> <i>Sem perspectiva de reconhecimento</i> <i>Taxado de acomodado</i> <i>Número de adoecimento dos funcionários é significativo</i> <i>Assédio moral</i> <i>-</i> <i>Pressão no trabalho</i> <i>Alta demanda</i> <i>Não há plano de carreira</i> <i>Trabalho estafante</i> <i>Pouco reconhecimento</i></p>	<p>São abordados minimamente no momento da triagem como um dado a mais.</p> <p>--</p> <p>Pouco abordados Falta de conhecimento desse nexos causal</p> <p>Pela triagem na anamnese</p> <p>Particularidades: costureiras, cortadores</p>	<p><i>Não são encaminhados por não ter saúde do trabalhador no município</i></p>	<p><i>Guardas com porte de armas</i> <i>Alcoolismo/drogas</i> <i>Demanda encoberta com assédio moral</i> <i>Motorista em número reduzido fazendo muitas horas extras</i> <i>Costureiras</i> <i>Faxineiras</i> <i>Professoras</i> <i>Merendeiras</i></p>
--	---	--	--

Nessas condições, mais de dois anos e meio após o acidente, já quase completando nove anos na empresa, Ruth resolveu procurar a chefia imediata para expor o que vinha ocorrendo e solicitar transferência para outro setor. Quando começou a dizer que suas dificuldades haviam começado com acidente de trabalho, o chefe a interrompeu dizendo que *“já conhecia aquela história, que não passava de imaginação dela e que se ela não estava satisfeita, que fosse procurar um psiquiatra como havia sido aconselhada pelo médico do trabalho da empresa ou que se demitisse.”*

Percebendo que “seu caso” se tornara objeto de intrigas nas quais sequer o sigilo médico havia sido respeitado, Ruth, aconselhada pelo marido, decidiu deixar o emprego.

Retornou ao ortopedista para acompanhamento das dores que, embora bem menos intensas, ainda prejudicavam sua vida – não podia participar de atividades que necessitasse permanecer sentada por longos períodos. O ortopedista, suspeitando de depressão encaminhou-a a um psiquiatra.

Oito meses depois, após tratamento (fisioterapia e psicoterapia), e sentindo-se muito melhor, Ruth conseguiu novo emprego tendo-se adaptado muito bem às novas atividades. Tinha então quase 34 anos de idade.

Caso clínico relatado por Hanz Leymann

Adaptado para uso didático por Maria Cecília Pereira Binder.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3

Piracicaba e São Pedro

Como o mundo do trabalho influencia na saúde	Como as questões relativas ao trabalho são abordadas no atendimento.	Como são tratadas e/ou encaminhadas.	Quais as demandas que surgem em relação à saúde do trabalhador e como elas chegam aos serviços.
Condições para o desempenho desse trabalho. Sobrecargas Influencia Favorável e desfavoravelmente	Simulações para obter atestado médico – condições limite de trabalho Há pessoas que imploram para que não seja aberto CAT.	CEREST Atestado médico Em pronto – socorro: Acidentes Ambulatórios: questões crônicas.	Doenças ocupacionais Síndrome do pânico Acidentes de cortes Queixas subjetivas na saúde mental LER

Em relação ao caso clínico:

I – Sintomas:

Machucou o cóccix

- consequências físicas e emocionais.

II – Postura da equipe:

- médico não reconhecer o AT

- supervisores não olharam e não reconhecerem o sofrimento

- assédio moral por parte da chefia e ‘amigos’ de trabalho

III – Desfecho do caso:

“Devemos olhar para os dois lados da questão”

- Geralmente quando um bom funcionário é afastado, a equipe é parceira desse funcionário (caso o grupo seja coeso), assim o grupo chega a contestar a qualidade do serviço de Ruth, e se ela é tão emocionalmente equilibrada como relata o caso.

Questões para a plenária:

Como estabelecer o nexos causal com segurança? É o trabalho que está causando?

Como identificar os casos que são simulados e casos reais?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 4

Como o mundo do trabalho influencia na saúde	Como as questões relativas ao trabalho são abordadas no atendimento.	Como são tratadas e/ou encaminhadas.	Quais as demandas que surgem em relação à saúde do trabalhador e como elas chegam aos serviços.
<p>Águas de São Pedro- Gratificação: ex: o paciente melhorou Estresse no trabalho, falta de fazer questão do ambiente físico (instrumentos)</p>	<p>Através de questionamentos, sintomas que o paciente apresenta, no acolhimento.</p>	<p>Para médicos e não médicos, poderia ser aos encaminhados pelo CEREST</p>	<p>Chegam por acidentes de trabalho, através do adoecimento do trabalhador</p>
<p>Charqueada- Como fatores estressantes, física falta de lazer, salários inapropriados, gratificações, cognitivo, falta de autonomia, falta de apoio.</p>	<p>Através de relacionamento de queixas físicas e psicológicas</p>	<p>Por acidente de trabalho</p>	
<p>São Pedro- positivamente como parte da formação de identidade do indivíduo. Negativamente: falta de autonomia, baixa remuneração, não conseguir realizar o trabalho, falta de apoio, relação do trabalho</p>	<p>Elas são abordadas na medida em que desrespeita, que a queixa esteja relacionada como o exercício do trabalho.</p>	<p>Há dúvidas: existem encaminhamentos não médicos e encaminhamento médico.</p>	<p>Chegam quando o acidente de trabalho já aconteceu.</p>
<p>Saltinho - positivamente: compoendo a identidade Negativamente: contribuindo com stress, falta de apoio</p>	<p>Relacionando sintomas com ocupação</p>	<p>Há dúvidas</p>	<p>As demandas já chegam aos serviços vítimas de acidente de trabalho.</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Anotações:

Nesta oficina houve a união do grupo 2 e 3 (Piracicaba) devido a pequena quantidade de participantes que permaneceram para o segundo momento.

Em relação ao caso de Ruth (exemplo deixado pelo palestrante), os participantes discutiram questões que abrangem a maioria dos casos de acidente de trabalho, dentre elas, a recusa do médico do trabalho em considerar o acidente, muitas vezes para não prejudicar a empresa. (Uma enfermeira do P.S relata também que muitos trabalhadores não querem abrir a CAT por medo de perder o emprego). No caso de Ruth, os participantes discutiram que houve tanto conseqüências físicas (dificuldade para trabalhar, dores agudas) quanto emocionais (depressão) e os mediadores que contribuíram para o seu processo de adoecimento foram principalmente a falta de reconhecimento por parte do gestor em relação ao acidente de trabalho e a tendência deste em culpar o indivíduo, retirando a responsabilidade da empresa, o "abandono" dos seus colegas de trabalho, as condições de trabalho que era submetida.

A partir da discussão do caso, os participantes trouxeram algumas questões gerais como a necessidade dos gestores prestar atenção para a melhora do ambiente de trabalho e a importância do Cerest em Piracicaba como força política na reivindicação dos direitos dos trabalhadores e de mudanças nas condições de trabalho. Abordam também a questão da readaptação de funcionários, a qual, muitas vezes, significa uma humilhação para o funcionário, já que na maioria das vezes, retornam em funções "inferiores" e isto pode se tornar uma situação que promove o adoecimento.

Durante a discussão do caso, houve o questionamento por parte dos participantes, quanto veracidade do acidente de Ruth, uma vez que se ela fosse boa funcionária, os colegas não deixariam de apoiá-la. ("Aah, quando o funcionário é bom, é difícil dos colegas não apoiar" - fala de uma enfermeira da Policlínica). Levantaram esta questão afirmando que vivenciam muitos casos de dissimulações, nos quais os trabalhadores fingem estar doente para conseguir um atestado e ficar afastado do trabalho pelo menos durante alguns dias. Relatam que isto se torna uma situação frustrante para o profissional que muitas vezes, ao atender todos os pacientes do dia, percebe que a maioria foi em busca de atestado, o qual está servindo como justificativa para outras situações que não estão relacionadas a doença. Diante disto começam a questionar sobre as condições de trabalho em que o indivíduo está submetido e, como disse uma das facilitadoras, "talvez o atestado seja a única maneira do indivíduo permanecer no emprego, justamente pelas possíveis más condições em que trabalha". Diante desta fala a enfermeira da Policlínica afirma "então é melhor deixar o emprego". Já o médico do Ambulatório afirma que "Muitas vezes o próprio paciente não sabe que sua doença está relacionada ao seu trabalho e por esta razão deve ser feito um trabalho de acolhimento e escuta destes pacientes dentro do serviço". Afirma ter feito este trabalho em parceria com os estagiários de Psicologia e diz ter bons resultados.

Em relação à demanda, os profissionais afirmam que o P.S atende mais acidente de trabalho e os ambulatórios, doenças ocupacionais, as quais não são fáceis de diagnosticar pelo fato de alguns patologias serem agravadas pelo trabalho, mas não que necessariamente foram adquiridas a partir deste. A dificuldade que encontram está na falta da investigação a cerca da função que o indivíduo desempenha, mas apenas cuida da enfermidade que ele traz. Uma enfermeira do P.S afirma "Geralmente não se faz a pergunta: trabalha em que? Isto pode nortear o trabalho do profissional e facilitar encaminhamentos" (muitas vezes para o Cerest).

Questões para a plenária:

G1 - Como garantir a efetivação do SUS (humanização) sem garantir condições dignas (ambientais, trabalhistas, relacionais etc.) para o trabalhador?

G2 e G3 - Como identificar onexo causal entre adoecimento/ mundo do trabalho? Que ações uma equipe de saúde pode desenvolver em relação ao sofrimento de um dos membros?

G4 - Qual é o profissional pelo acolhimento/cuidado de paciente com sofrimento decorrente do trabalho?

Indivíduo, grupos sociais, comunidade e o agente comunitário de saúde.

21-05-2010: TURMA I

Objetivos:

Eu-tu, nós-eles. As possibilidades de construção da individualidade na atualidade e a comunidade como território de produção dos sentidos existenciais. O lugar e as práticas dos ACS no SUS.

Discussão:

Identificação dos grupos e comunidades existentes na micro-região, suas potencialidades e conflitos.

Identificar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, sua eficiência, eficácia e dificuldades.

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Questões para o grupo:

1 - Identificar os grupos existentes na região de sua atuação, suas potencialidades e conflitos.

2 - Identificar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, sua eficiência, eficácia e dificuldades.

Estudo de caso:

Grupo 1

1 - Identificar os grupos existentes na região de sua atuação, suas potencialidades e conflitos.

Grupos - problemas sociais: drogas; tráfico; prostituição; violência; desemprego; pobreza.

Potencialidades – escolas; igrejas; ACS/PSF; ações educativas; atividades físicas.

2 - Identificar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, sua eficiência, eficácia e dificuldades.

Ações: Visitas domiciliares;

Levantamento de problemas;

Orientações individuais e em grupo;

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Conhecimento da área...

Eficiência: cumprimento das tarefas propostas.

Eficácia: Resolutividade dos problemas encontrados na população.

Dificuldades: receptividade relacionada ao esclarecimento da população a real função do ACS; Abordagem; Conhecimento das funções.

Discussão do caso:

Mais que curso introdutório, os ACS precisariam que a população soubesse de suas funções. A comunidade desconhece a função do ACS. Eles não são atendidos e não tem preparo para fazerem abordagens corretas. Existem formas de se realizar uma abordagem.

Reunião de roda (de equipe) é importante para a pessoa ter espaço para falar e explicar para a equipe do que está acontecendo.

Deveria ter uma qualificação mínima em saúde. Pois a pessoa precisa saber o que a espera.

A profissão deveria ser valorizada, em termos de salário.

1º) Criar vínculos com a comunidade assistida; abordagem correta e conhecimento da comunidade.

2º) Através da identificação e diagnóstico daquela área, levantando as necessidades e aplicar projetos e ações do Ministério.

3º) Ponte entre a equipe e a comunidade, vive-versa, fazendo o levantamento de informações que gerará ações. Curso introdutório e educação permanente.

Grupo 2

1 - Identificar os grupos existentes na região de sua atuação, suas potencialidades e conflitos.

CRAS, CREA, Associação de moradores, Pastoral da criança, Centro Cultural, conselho tutelar, conselho local, grupos religiosos, rádio comunitária, grupo de moradores de rua, grupo de mulheres, AA, NA, ALANON, grupo de voluntários que atuam em diversos setores, unidades auxiliares para portadores de câncer, grupos de serviço maçônico, Centro comunitário, centro de convivência, grupos de melhor idade, UNESP

Potencialidades:

Parceria intersetorial, Com o objetivo de viabilizar os recursos á comunidade.

Vínculo da unidade com a família.

Conflitos:

Conflitos com a comunidade,

Vizinhança que se incomoda do CAPS estar no bairro,

Conflito com o regimento interno das instituições,

Encaminhamentos, não saber para onde enviar o paciente.

Conflitos de política partidária

Agressividade

Impedimento do trabalho por organizações criminosas (urgência e emergência, quando acolhemos um usuário e o traficante espera na porta para buscá-lo, trabalhar a questão do vício é muito comprometido)

Conflito com maridos.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

2 - Identificar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, sua eficiência, eficácia e dificuldades.

Dificuldades do agente:

Morar na micro área pode ser um facilitador, porém o agente comunitário enfrenta dificuldades por ser da mesma região, algumas vezes pode gerar antipatia, ameaça, pode ser visto como bisbilhoteiro.

O agente sofre com falta de privacidade, a comunidade não entende o limite do trabalho e quer atenção 24h, o que gera um desgaste do agente de saúde.

Ações do agente:

Mapeamento de micro região e reconhecimento do território, cadastro das famílias, controle de vetores (dengue), participação em projetos terapêuticos. (auxiliando o serviço do CAPS)

Ajudando outros serviços como DOTE, UBS, etc.

Instrumento do agente:

Visita domiciliar, participação em atividades educativas, (estar inserido nas campanhas)

Supervisão medicamentosa na área da saúde mental,

Ajudando outros serviços como DOT, UBS

Eficiência-Eficácia

Analisar os indicadores para verificar a eficácia da atuação. Fazendo o levantamento desses dados é possível dialogar com os agentes sobre os ocorridos.

Muitas vezes o fato de apenas atingir a meta e não atingir a eficácia está relacionado com os recursos disponíveis.

Grupo 3

1 - Identificar os grupos existentes na região de sua atuação, suas potencialidades e conflitos.

Discutido com base na cidade de Conchal, já que em Itirapina não tem agentes na UBS das profissionais presentes.

Potencialidades – estabelecimento de vínculos com as famílias

Conflitos – vida pessoal se confunde com a questão do trabalho; do tipo de liderança que se tem; falta de apoio para resolução dos problemas. Fazer mecânico, sem ter sentido e significado para o ACS.

Conchal:

Potencialidades: empenho da equipe na melhoria das ações

Conflitos: falta de apoio do poder público.

2 - Identificar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, sua eficiência, eficácia e dificuldades.

Visitas domiciliares; convocações; encaminhamentos; cadastro de família; entrega de leite, fralda, cobertores; orientações; acompanhamento de famílias desorganizadas.

Dependendo do profissional, do envolvimento com a equipe, está associado a falta de preparo/capacitação. Questões pessoais de escolha da função – escolhe, se matem apenas pelo salário.

Dificuldades – falta de capacitação, como lidar com a comunidade, falta de respaldo, dificuldade para colocar limites do trabalho x vida pessoal, pois vive na comunidade.

O ACS pode até ser eficiente, mas sem o apoio da equipe o trabalho não será eficaz.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Discussão do caso

1. Como conceber a individualidade e a comunidade no seu contexto de trabalho?

Integralidade de ações entre a equipe e também com a comunidade, considerando a singularidade de cada um. Quanto a individualidade do ACS, se promove através do compartilhamento de informações, ações integrais e melhor organização do fluxo de atendimento/informações.

2. Como se articulam concepções de indivíduo e políticas de saúde?

As políticas de saúde levam em conta a individualidade de cada um, mas na prática isso não vem acontecendo, pois o foco está na culpabilidade do indivíduo, além de existir questões políticas, educacionais e culturais envolvidas que impedem a promoção da autonomia do usuário. Deve se considerar também a falta de subsídios aos profissionais de saúde.

3. Qual o papel do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família? Como capacitá-lo?

Articulação entre o espaço da comunidade e da Unidade. Treinamento, capacitações, educação permanente e momentos de reflexão com equipe.

Grupo 4

1. Como conceber a individualidade e a comunidade no seu contexto de trabalho?

É impossível não conceber, é importante entender a cultura e a individualidade de cada para conseguir atingir a população.

2. Como se articulam concepções de indivíduo e políticas de saúde? Há dificuldade em articular a necessidade de produção com a realidade do serviço, até pela influência capitalista que ajuda a saúde a não funcionar tão bem, pelas exigências da produtividade, de atingir metas e de quantidade de serviço. Há essa exigência até mesmo na política pública de financiamento do SUS, pois a verba chega pela tabulação de dados, pela produtividade, e não pela forma que foi lidado com a saúde, com o paciente e com a família. Concluindo, é somente vista a produção do serviço e não o modo como é realizado o serviço, até porque esse tipo de serviço não se encaixa no sistema que vivemos, que é do capitalismo. Precisa-se da ajuda dos conselhos municipais de saúde para conseguir mudar essa forma que está sendo “feita” a saúde.

3. Qual o papel do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família? Como capacitá-lo?

Super importante. É o elo entre a comunidade e a equipe. Não há programa de saúde da família sem o agente comunitário, e com o matriciamento estes participariam também de outros equipamentos (trabalho em rede). A capacitação deveria ser a partir de rodas de conversa com a equipe, de cursos introdutórios, treinamentos e matriciamento.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

24-09-2010: TURMA II

Objetivos:

Eu-tu, nós-eles. As possibilidades de construção da individualidade na atualidade e a comunidade como território de produção dos sentidos existenciais. O lugar e as práticas dos ACS no SUS.

Discussão:

Identificação dos grupos e comunidades existentes na micro-região, suas potencialidades e conflitos.
Identificar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, sua eficiência, eficácia e dificuldades.

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Questões para o grupo:

Grupo 1

1 - Identificar os grupos existentes na região de sua atuação, suas potencialidades e conflitos.

Grupo da Terceira Idade – existem subdivisões / territórios (em cada bairro). Ocorrem encontros, atividades, festas, passeios. As atividades ocorrem tanto a nível territorial como geral (para os subgrupos de todo o município). Potencialidade: auxilia na promoção da saúde dos sujeitos, não ficam focados somente nas “doenças” que aplacam essa idade, pois estão ativos no grupo e, conseqüentemente, na sociedade. Existe coesão no grupo.

Associação de Bairro – Potencialidade: propostas de saúde / preparação para serem conselheiros de saúde / proposição de propostas para o SUS / sugestão e solicitação de demandas sociais (como dentadura, por exemplo). Conflito: através da manutenção do poder e do uso dos recursos financeiros advindo de festas.
Reivindicação e conhecimento das políticas de saúde, propostas de saúde. Conflitos referentes a gestão e recursos financeiros.

Demolay (jovens de filhos da maçonaria) – trabalho voluntário: auxílio em associações, ONGs e Entidades. Conflitos ficam restritos (fechados) no grupo.

Pastoral da criança – cuidado e acompanhamento das famílias, com visitas domiciliares, desde a gestação até os 6 anos de idade da criança. / Capacitação permanente. Não está ligada ao modelo assistencialista (sem doações), mas voltado à atenção, conhecimento, informação e cuidado (criação de vínculo). Não tem objetivo religioso (apesar do envolvimento de atores de vários segmentos religiosos), mas compromisso com as pessoas e famílias. Exploram a potencialidade da comunidade. Resgate da potência de vida das pessoas. Existem conflitos de opiniões na criação de estratégias de atuação.

Palestras educativas, avaliação nutricional, capacitação pessoal, vínculo afetivo.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo de Jovens (igreja) – com atividades (como música, por exemplo) e lazer. *Grupo de dança, música e teatro. Igreja Batista Nova Aliança.*

AA / NA/ Alanon e etc.

Grupo Rotary

2 - Identificar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, sua eficiência, eficácia e dificuldades.

Visitas domiciliares – teoricamente seria para orientação e prevenção, na prática é mais como controle (se tem alguém doente, se foi ou não na consulta e etc), isso se deve muito à grande rotatividade de agentes, pois são contratados temporariamente. Existe dificuldade também em relação ao conhecimento sobre a função. Alguns agentes que estão por mais tempo no serviço, desenvolvem vínculos maiores e, conseqüentemente, trabalhos que promovam a saúde. Existem famílias que são “adotadas” pelos agentes (funções que seriam atribuição de familiares, o agente acaba fazendo: acompanhamento de consultas, marcar exames, etc). Acompanham e/ou organizam grupos de caminhada, hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças. Em sua visitação aos usuários (do agente) ele pode solicitar a presença de outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.).

Encontram dificuldade com usuários “resistentes” ao cuidado: não querem visitas, não querem contato/interferência dos agentes. Outra dificuldade é com a demanda de visitas (mapa de produção diário) que impossibilita maior atenção e cuidado.

Medicação assistida

Participação da elaboração dos grupos (HAS, DM, GES)

Resistência aos cuidados.

Quantidade de visitas X qualidade (mapa de produção diária)

3 - Qual o papel do o Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família? Como capacitá-lo?

É a base da equipe, a porta de entrada do usuário no serviço do PSF.

Ponte; Facilitador com os outros serviços e profissionais da saúde.

Um agente que não tem capacitação ou não quer criar vínculos, desestrutura toda a equipe.

Compartilhar o saber na equipe para a equipe (transdisciplinaridade).

Estudo de caso; orientação e cursos técnicos.

Matriciamento

Curso técnico

Definição de metodologia

Rever conceito de saúde (indivíduo responsável pelos processos saúde)

Estudo de caso:

Observe com atenção este episódio:

Uma agente comunitária de saúde retornou de uma visita domiciliar aos prantos. Ao chegar à UBS trancou-se no banheiro e não quis conversar com ninguém.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Depois de muita insistência dos colegas, abriu a porta e disse que não agüentava mais este trabalho inglório e que se decidira por pedir demissão e procurar outro trabalho que lhe desse um pouco mais de alegria.

Questionada pelos colegas sobre os motivos de tamanho sofrimento, contou que se sentira destrutada várias vezes naquela tarde, tanto por usuários como por membros da equipe, que ninguém reconhecia o trabalho que fazia. E conta:

- imaginem... me chamaram de bisbilhoteira na visita que fiz, só porque perguntei se o doente acamado estava de alimentando direito. Quanto perguntei se podia ver o quintal para ver se tinha foco de dengue, só faltou ser expulsa da casa, me xingaram de tudo quanto é nome e me falaram que eu era espiã do governo. Além disso, antes de sair, a coordenadora me disse que eu não havia preenchido aquelas planilhas, aquelas de ontem, lembram-se? Então, não terminei mesmo, não deu tempo porque o médico me pediu para acompanhá-lo numa visita. Enfim, não agüento mais essa pressão, parece que só os agentes é que tem que fazer tudo... é fácil para o médico e para os enfermeiros; para eles, dá cinco da tarde e eles vão embora, e nós? Como é que a gente vai encarar um vizinho que chamou a gente de bisbilhoteiro...

Tendo como inspiração o episódio acima descrito, identifique:

- Como conceber a individualidade e a comunidade no seu contexto de trabalho?
- Como se articulam concepções de indivíduo e políticas de saúde?

Capivari / Itacemápolis/ Elias Fausto / Mombuca

Grupo 2

1 - Identificar os grupos existentes na região de sua atuação, suas potencialidades e conflitos.

Existia uma comunicação efetiva entre PSF e CAPS SEMAD

PSF Santa Terezinha – no início a saúde mental participava ativamente de reuniões e com o tempo houve distanciamento e a impressão de estar tornando-se UBS e não PSF.

Com a interferência do gestor houve um rompimento desses encontros, agora estes encontros são pontuais. Primeiramente tinham mais contato, depois diminui esta autonomia.

35 PSF (10 unidades não tem médico) e 25 UBS. Hoje existem 35 unidades (ideal seriam 60 unidades para 400.000 habitantes) - mudança de gestão

Planos de saúde – médicos de convênio usam formulário do SUS

Conflitos: cobertura falta de comunicação

Potencialidades: fazer saúde

2 - Identificar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, sua eficiência, eficácia e dificuldades.

Ações: trabalho em campo, olhos da equipe trazendo informações para a promoção de saúde.

Vínculo e responsabilização

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Visita domiciliar
Orientações

Dificuldades: adoecimento físico e psíquico
A seleção não vê quem tem o perfil para o cargo
Desvalor (baixa remuneração)
Cargo de mutua responsabilidade, sem preparo para ocupar o verdadeiro papel.
Precisa de matriciamento
Não deveria ser obrigatório ser da comunidade.
Tiram os agentes comunitários de saúde a revelia para fazer campanha de vacinação.
Sobrecarga de trabalho.

Eficiência: relação muito boa com a comunidade.
Tornar-se profissional burocrático
Potencialidade.

Eficácia: educação continuada adequada como membro da comunidade, respeito.

3 - Qual o papel do o Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família? Como capacitá-lo?

São os olhos do PSF
Agentes que fizeram o curso melhoraram muito o desempenho
Se responsabilizar mais.
Educação continuada como membro da comunidade.
Adequada supervisão.
Capacitações.

Estudo de caso:

Tendo como inspiração o episódio acima descrito, identifique:
- Como conceber a individualidade e a comunidade no seu contexto de trabalho?

De maneira geral a comunidade adora o ACS.
Reunião com ACS e comunidades (micro área).
Já tem vínculos com a comunidade.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Conhecimento prévio dos casos.

Trabalho em equipe.

Reunião de equipe em situação conjunta com os médicos e ACS – valorização – empoderamento dos ACS.

- Como se articulam concepções de indivíduo e políticas de saúde?

Capacitação para ACS.

Acolhimento, supervisão

MUNICÍPIO: Piracicaba

Anotações:

Neste encontro, os membros do grupo, embora em menor quantidade, estavam mais participativos.

A discussão inicialmente girou em torno dos questionamentos acerca da venda dos serviços de saúde e de sua insuficiência em relação ao SUS. (questão levantada durante a palestra) "O atendimento (particular) é menor quando comparado ao SUS." (fala do médico do PSF). Em relação esta colocação os participantes discutem que uma equipe multiprofissional como a existente no serviço de saúde pública, seria financeiramente inacessível dentro de um plano de saúde particular. E ainda afirmam: "Não existe bom atendimento em saúde visando lucro".

Quanto à questão dos agentes comunitários, os profissionais enfatizam a importância que os primeiros têm dentro PSF, justamente pelo fato de se constituírem como personagens fundamentais para o andamento do tratamento dos pacientes, pois realizam o mapeamento das condições de vida deste e estabelecem o vínculo entre comunidade e equipe do PSF. Isto promove também a responsabilização entre os profissionais da equipe e os pacientes ("Ai se um paciente meu vai parar no Pronto Socorro, eu vou atrás dele" - fala de uma médica do PSF) e o direcionamento das ações da equipe em termos de tratamentos, encaminhamentos dependendo do contexto descrito pelo agentes.

Embora os participantes do grupo enfatizem a importância dos agentes comunitários, também apontam alguns problemas em relação a esta categoria. O primeiro deles diz respeito ao modo de seleção (realização de uma prova) e a falta de treinamento "Muitos não tem o perfil para ocupar o cargo", diz uma enfermeira do P.S. Os participantes afirmam também que estes profissionais, muitas vezes, não tem "estrutura emocional" para suportar a carga que vivenciam no cotidiano. Para estes profissionais, não há perspectiva de ascensão dentro do serviço de saúde (em algumas cidades são contratados por apenas dois anos para não estabelecer vínculo empregatício) e isto se torna frustrante. Além disso, são estes profissionais que são mais pressionados pelos moradores do bairro, pois geralmente residem no mesmo. Os participantes relatam várias situações em que os agentes são procurados pelos pacientes até mesmo nos finais de semana, sem contar que esta proximidade gera certo constrangimento para o agente que, muitas vezes, deve ensinar hábitos de higiene para o seu próprio vizinho, com o qual já tem um outro tipo de relacionamento (amizade), em algumas comunidades correm risco de vida por serem vistas como uma ameaça de denúncia de ações ilegais (tráfico de drogas, agressão à mulher etc). Estas colocações geraram certa divergência no grupo, pois alguns participantes afirmavam que é necessário que o agente comunitário não resida no bairro justamente por causa das complicações que isto pode causar e outros afirmavam que deve-se analisar cada caso, uma vez que em alguns bairros seria importante que o agente seja também um morador, pois pode fornecer informações importantes quanto às características do mesmo.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Os membros do grupo ainda relatam que na maioria das vezes, os profissionais são "obrigados" a desempenhar algumas atividades burocráticas (campanha de dengue, por exemplo) e são avaliados pela quantidade de casas que conseguem visitar. Isto desqualifica o trabalho do agente e o impede de realizar ações de maior relevância para a comunidade e para a equipe do PSF.

Diante desta discussão, os participantes propuseram que deveria haver uma mudança no modo de seleção e treinamento destes profissionais que contemple as funções do cargo e o indivíduo adequado para ocupá-lo. Além disso, propõem também a formação continuada dos agentes para que tenham um suporte na realização do seu trabalho dentro da comunidade. Afirmam que uma maior atenção para os agentes pode potencializar o trabalho da equipe toda.

De acordo com os participantes, a justificativa da falta de atenção dos gestores para os agentes comunitário se dá pela ameaça destes levantarem questões que estejam relacionadas as mudanças das políticas públicas, algo que, muitas vezes, não condiz com interesses dos gestores. Além disso, os agentes podem mobilizar os membros da comunidade para a reivindicação dos direitos. ("Não é interessante para os gestores que a comunidade se aglutine" - médica do PSF).

Grupo 3

Anotações:

Há apenas quatro pessoas presentes, as outras não justificaram a ausência

Ninguém tem trabalho diretamente com o agente comunitário, mas depois chegou o médico de PFS

Médico – Diz que já participou das entrevistas para contratar agentes, e diz que tentaram achar características que fugisse do contexto doença, porém foi muito difícil.

As que eu trabalho são muito boas, mas apenas uma foge do contexto doença

Ambulatório infantil – Temos que pensar que o trabalho é cansativo, ele anda no sol e na chuva. E eles não tem uma oportunidade igual a gente, eles não tem um respaldo teórico e por exemplo eles não estão presentes aqui

Médico – Exatamente, nós estamos discutimos por eles, o que não vai mudar nada, não adiantar chegar na unidade e falar que eles eram o assunto, isso não vai mudar nada

Amb infantil – Eles tem mais informações que nós que ficamos entre as 4 paredes,.

Médico – Esse é o papel principal deles, é trazer o cenário real da comunidade.

A maioria dos problemas que eles trazem é social

Estamos desfalcados, quanto aos agentes

Eles se mobilizaram para que houvesse um concurso, mas o que virou em um conflito entre prefeitura e eles, então quem já era agente e não passou no concurso saiu do PSF

Na minha unidade não há trabalhos de prevenção, só grupos focados na doença

CAPS II – Quando eu tive experiência em São Carlos, eu vi que eles faziam de tudo, desde ajudar na coleta até comandar grupos

A gente até fez grupo na asa de uma usuária, mas isso é o fim da picada

Eu acho perigoso esse discurso que a comunidade banca, porque vira desculpa de não investimento

Médico – Tem momento que você tá super animado e tenta fazer coisas diferentes, mas tem momentos que eu to de saco cheio, onde eu tenho vontade de chegar fazer minhas consultas e voltar para casa ver meu filho.

Amb infantil – Os grupos religiosos têm grandes potencialidades. Onde tem recursos de música, materiais, tem que bater nessas portas e pedir o espaço físico.

Médico – Nós temos uma parceria com uma igreja metodista, onde utilizamos o espaço deles

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Amb infantil – Grupos existem, mas temos que explorar mais isso

Médico – Outro grupo ativo no bairro é a Pastoral das crianças, também com entro comunitário

Amb infantil – Quando eu trabalhava no PSF, a gente tentava ir junto com o agente nas visitas, para a gente ter uma visão real do que acontece

Médico – Eles ficam subordinados aos enfermeiros, eu acho que deveriam estar ligados aos assistentes sociais, para ter uma visão mais aberta

PSF – Eu já passei algo parecido (quando trabalhava fazendo visitas domiciliares)

Uma coisa é o indivíduo vir até a nossa unidade, outra coisa é ir até a casa dele.

CAPS II – Os resultados a longo prazo é angustiante, seja para a gente, seja para os pacientes

Médico – A rede é boa, porque você compartilha a angústia e também resolve problemas

Relata um caso que todos tentaram uma solução, mas a única que conseguiu foi a agente de saúde

Questões: Porque os agentes não estão aqui? O que significa a ausência dos agentes comunitários de saúde?

Grupo 4

1 - Identificar os grupos existentes na região de sua atuação, suas potencialidades e conflitos.

São Pedro - Grupo de mães (fazem trabalhos artesanais e vendem para ajudar na renda), Escoteiros, Terceira Idade, Pastoral da criança, Artes tramas (são grupos independentes, auto-geridos. As vezes a prefeitura sede o espaço para o seu funcionamento. Não são aproveitados para o desenvolvimento de programas sociais.

Saltinho – Grupo de gestantes, Grupo da 3ª idade, Grupo da pastoral, Oficinas municipais.

Santa Maria da Serra – Grupo da 3ª idade, Diabéticos, hipertensos, Conselho tutelar, Fan Farra, Teatro, CRDAS (mesmo não sendo efetivo)

Charqueada - Pastoral da criança e outras pastorais, Grupo de gestantes, Conselho Tutelar.

Águas de São Pedro – Não existe agente comunitário em nosso município, - Grupo da terceira idade, fundo Social, Esporte, Atividades físicas, Voleibol adaptado, Saúde.

Rio das Pedras - Grupo de gestantes, Grupo da 3ª idade, HAS e DM.

2 - Identificar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, sua eficiência, eficácia e dificuldades.

São Pedro – Já existe um ACS em um bairro de São Pedro e até existe o PSF. Não temos contato com o PSF, nem tao pouco com o ACS.

Saltinho –

Santa M. S. – Não tem PSF, os ACS exercem outras funções.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Charqueada – Visitas, orientações, fornecedores de informações para profissionais de saúde. *Quem informa não sabe se existem agentes na cidade.*

Águas de São Pedro – não existe agente comunitário, nem programa PSF em nosso município.

Rio das Pedras – não tem agentes em nosso município.

3 - Qual o papel do o Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família? Como capacitá-lo?

Apresentar possibilidades de mudança, deveria ser mais voltado para formar laços. Cursos de capacitação mais humanizados

São Pedro – este programa ainda é incipiente em São Pedro. Até onde sabemos não existe capacitação para o ACS.

Saltinho - interatividade/integralidade

Santa M. - criar vínculos com as famílias, permear território, capacitar – cursos menos técnicos, mais voltados a como relacionar-se com as famílias, como abordar pessoas. Curso ACS, ser pré-requisito para concurso.

Charqueada – com curso de capacitação fornecendo educação permanente, a sua função é a interação da sociedade com o PSF e demais centro de saúde, a ponte população e saúde.

Águas de S. P. - o agente deveria ser capacitado tendo o individuo como FOCO e não as suas problemáticas, ou seja os cursos deveriam ser menos técnicos e mais humanizados. Atrair a concurso público um curso pratico e teórico, ter o perfil para essa função.

Rio das Pedras – Cursos menos técnicos e mais humanizados.

Estudo de caso:

Observe com atenção este episódio:

Uma agente comunitária de saúde retornou de uma visita domiciliar aos prantos. Ao chegar à UBS trancou-se no banheiro e não quis conversar com ninguém.

Depois de muita insistência dos colegas, abriu a porta e disse que não agüentava mais este trabalho inglório e que se decidira por pedir demissão e procurar outro trabalho que lhe desse um pouco mais de alegria.

Questionada pelos colegas sobre os motivos de tamanho sofrimento, contou que se sentira destrutada várias vezes naquela tarde, tanto por usuários como por membros da equipe, que ninguém reconhecia o trabalho que fazia. E conta:

- imaginem... me chamaram de bisbilhoteira na visita que fiz, só porque perguntei se o doente acamado estava de alimentando direito. Quanto perguntei se podia ver o quintal para ver se tinha foco de dengue, só faltou ser expulsa da casa, me xingaram de tudo quanto é nome e me falaram que eu era espiã do governo. Além disso, antes de sair, a coordenadora me disse que eu não havia preenchido aquelas planilhas, aquelas de ontem, lembram-se? Então, não terminei mesmo, não deu

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

tempo porque o médico me pediu para acompanhá-lo numa visita. Enfim, não agüento mais essa pressão, parece que só os agentes é que tem que fazer tudo... é fácil para o médico e para os enfermeiros; para eles, dá cinco da tarde e eles vão embora, e nós? Como é que a gente vai encarar um vizinho que chamou a gente de bisbilhoteiro...

Tendo como inspiração o episódio acima descrito, identifique:

- Como conceber a individualidade e a comunidade no seu contexto de trabalho?
- Como se articulam concepções de indivíduo e políticas de saúde?

Questões para a plenária:

- G1 - Como preparar o ACS para o desenvolvimento de uma visão mais ampla de saúde-doença?
- G2 - Como integrar o ACS na equipe no sentido deste construir uma identidade de profissional da saúde?
- G3 - Quais os espaços de capacitação dos ACS?
- G4 - Como sensibilizar os gestores para cumprir o PSF?

Os direitos dos usuários, Controle Social e protagonismo social.

28-05-2010: TURMA I

Objetivos:

A participação social como condição de saúde e os espaços de participação. Deliberações da 3ª Conferência de Saúde Mental e 13ª Conferência Nacional de Saúde e caminhos para sua implementação.

Discussão:

Discutir os direitos dos usuários garantidos no atendimento da região, os que não são atendidos, dificuldades e necessidades para a garantia desses direitos. Identificar as participações na comunidade e as potencialidades para participação comunitária.

Metas:

Elaborar estratégias para a Mobilização comunitária e empoderamento da Sociedade Civil nas Comissões Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Discussão dos grupos

<p>Possibilidades para o protagonismo.</p> <p>1) Como Protagonizar? 2) PROTAGONISMO NA SAÚDE MENTAL? É possível? 3) COMO E ONDE PROTAGONIZAR?</p>
<p>Ter uma maior rede de atuação, diálogo entre os profissionais. Ter um olhar do histórico do paciente, o que tem por traz da queixa, integralizar; É possível. Com grupos de apoio (para o usuário e para a família) e preventivos; Nas unidades, em associações de bairro (moradores), em reuniões entre os profissionais, incentivo de participação em grupos, incentivo que a própria pessoa seja protagonista naquele serviço.</p>
<p>Participação:</p> <p>1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?</p>
<p>Auxiliando no incentivo do usuário tornar-se protagonista, trazer a sociedade para próximo do serviço, para que ela perceba que está sendo ouvida, acolhida e que tem espaço ali. Pensar em outras formas/modos de atuação para tentar alcançar a real vontade e necessidade do usuário; promovendo um espaço de escuta da população; os profissionais terem maior conhecimento dos serviços e como funcionam (até com rodas de conversa), para assim passar isso para a comunidade; a união da equipe</p>
<p>Mobilização:</p> <p>1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Desenvolver estratégias de realização de assembléias, espaços de lazer e conversa, roda de conversas, entre outras já citadas. Através de grupos de discussão, de apoio, de convivência, de lazer, tanto aqueles com palestras educativas quanto as rodas de conversa, haver horizontalidade do poder.

Grupo 3

Possibilidades para o protagonismo.

1) Como Protagonizar? 2) PROTAGONISMO NA SAÚDE MENTAL? É possível? 3) COMO E ONDE PROTAGONIZAR?

Envolvendo o coletivo, comunidade junto com os trabalhadores, promovendo uma mobilização geral a nível de grupos diversos (Conselho local e municipal, Conferências, Fóruns de debate).

Da mesma forma que no geral, é possível na Saúde Mental.

Participação:

1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?

1. Facilitando o acesso, estabelecer vínculos entre todos os atores

2. Saúde Mental para todos, sensibilizar todos os profissionais tornando a rede de atendimento na saúde, trabalhando e informando das necessidades da rede, gerando as informações ao público alvo, participando de fórum, reuniões, conferências, etc.

Mobilização:

1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?

Intermediar os recursos existentes na comunidade

Abrir e acolher usuários, como os familiares, disponibilizar informações sobre os recursos pré existentes nas próprias famílias, comunidade e na própria unidade.

Intercâmbio ininterrupto entre trabalhadores e comunidade.

Paciente, 56 anos.

Diagnóstico: Transtorno Bipolar

Vínculo com o médico do ambulatório que é psiquiatra e o atende "1 x por mês."

Paciente tem vínculo com o ambulatório, mas não com o CAPS.

Já foi internado no Saião (3 meses)

Paciente agressivo;

Mora sozinho;

Afastado do trabalho e recebe alguns benefícios;

Irmão é responsável por receber seu auxílio;

Se nega a tomar injeção de Aldoll. Sempre é necessária a presença de algum "Guarda Municipal" para "contê-lo" e "amedrontá-lo" (ele assemelha a presença do guarda a internação) e assim aplicar-lhe a injeção.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Possibilidades para o protagonismo. 1) Como Protagonizar? 2) PROTAGONISMO NA SAÚDE MENTAL? É possível? 3) COMO E ONDE PROTAGONIZAR?
1-A equipe do PSF e mais diretamente a enfermeira do serviço, que quinzenalmente, vai à casa do paciente aplicar-lhe a injeção; 2-. Protagonismo em Saúde mental é possível, mas por enquanto quem está protagonizando esse caso é o PSF; 3- O protagonismo se dá pelo PSF onde trabalha e no domicílio do paciente; - Dialoga com a família; Com os colegas de equipe e com o CAPS. Perguntas: É direito do paciente se negar a tomar a injeção? Legalmente, existe algo que lhe tire o direito de decidir pela sua saúde? Que respaldo legal a enfermeira do serviço tem, em se negar a aplicar a injeção?
Participação: 1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?
Não há contato com o espaço de controle social de Leme, que é uma reunião entre as enfermeiras e a coordenação dos CAPS. 1- PSF e família (tentativa com o CAPS) 2- LEME. REUNIR e Interagir gestor/coordenador do PSF. REUNIR enfermeiras do PSF e do CAPS
Mobilização: 1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?
Conselho Local; Em Leme não existe. Reunião de equipe do PSF (quinzenalmente) Paciente; PSF; CAPS....Para tentar resolutividade.

03-09-2010: TURMA II

Objetivos: A participação social como condição de saúde e os espaços de participação. Deliberações da 3ª Conferência de Saúde Mental e 13ª Conferência Nacional de Saúde e caminhos para sua implementação.

Reflexões: Discutir os direitos dos usuários garantidos no atendimento da região, os que não são atendidos, dificuldades e necessidades para a garantia desses direitos. Identificar as participações na comunidade e as potencialidades para participação comunitária.

Meta: Elaborar estratégias para a Mobilização comunitária e empoderamento da Sociedade Civil nas Comissões Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 1

Possibilidades para o protagonismo.
1) COMO PROTAGONIZAR (OU SER PROTAGONISTA), TOMANDO COMO REFERÊNCIA A SAÚDE MENTAL? 2) ONDE PROTAGONIZAR?
Mombuca (?) Acolhimento ao usuário: ouvir o que o outro tem a dizer. Diferente de triagem (coleta de dados). Na maioria das vezes o sujeito quer ser ouvido em seu sofrimento (crise). Buscar saber de que lugar o sujeito vem e o que tem a dizer. Responsabilizar-se pelo outro, acompanhá-lo mesmo no caso de encaminhamento. Supervisão, matriciamento (externo) para as equipes: alguém que não esteja "contaminado". Potencializar a rede (através de profissionais que são mais abertos) Para as cidades que possuem consórcio é necessária a comunicação (reuniões) entre essas cidades e uma interlocução em saúde mental.
Capivari Otimizar o acolhimento em Saúde Mental (treinamento – percepção) Fortalecimento da Rede (ir até...) – criar espaços Supervisão técnica para o trabalho (externo à equipe) Usuário como protagonista. De que forma??? Consórcio – continuar as reuniões/ falta da interlocutora de SM
Mombuca Acolhimento (de onde vem, encaminha, etc), potencializar as redes Fortalecimento de rede, vinculando o usuário junto no sistema família e sociedade em geral.
Iracemápolis Deve começar na chegada do usuário ao serviço por aquele que o recebe, o acolhimento: criação de vínculos com o usuário Protagonizar na entrada dos serviços Buscar nos coletivos organizados da sociedade civil um parceiro para se iniciar o protagonismo.
Elias Fausto Acolhimento (de onde vem, o que tem a dizer) Encaminhar e acompanhar o caso Potencializar a rede Matriciamento Fortalecimento da rede Supervisão Reunião dos consórcios e uma coordenadora geral de saúde mental de Capivari Como fazer isso????
Participação:

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?

Mombuca (?)

Aproximação dos profissionais dos coletivos já organizados (pastorais, associações de bairro, ong's, grupos diversos).
Fóruns de Saúde Mental para discussão de temas com todos os atores (inclusive usuários, familiares e comunidades).
Conselhos Municipais de Saúde.
Política do usuário pelo servidor (p. ex. eleição do conselho Municipal de Saúde: o que significa? Como participar?)

Mombuca

Aproximação dos servidores de coletivos já organizados, fóruns, Conselhos de Saúde, associação de bairros
A politização do usuário pelo servidor

Capivari

Aproximação dos funcionários dos coletivos já minimamente organizados (Pastoral, Conselho de Saúde...
Participação nos Conselhos Municipais de Saúde. Divulgação das reuniões (datas, horários, local)
Política dos usuários em Saúde Mental pelo serviço
Possibilidade de criação de uma Comissão ou Câmara Técnica Municipal de Saúde Mental

Iracemápolis

Via aproximação dos coletivos organizados da sociedade
Através da politização do usuário pelo serviço nas suas unidades.

Elias Fausto

Levando informações e se efetivando as ações aos usuários
Aproximação dos servidores às associações já organizadas
Conselho Municipal de Saúde
Política do usuário pelo serviço de saúde

Mobilização:

1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?

Mombuca (?)

Levando informações (através do meios de comunicação) para a comunidade, que possam gerar conhecimento.
Chamando a família para a participação e co-responsabilidade.
Abrir os serviços para que a comunidade possa visitar e conhecer.
Aproveitar os coletivos organizados (associações de bairro, etc.)

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Utilizar os programas já estabelecidos (diabetes, hipertensão), ampliar convocando a comunidade e utilizar os "grupos" já instituídos na cidade (pastorais, religiosos, terceira idade, etc.)

Usar meios de comunicação para informação da população

Chamar a família

Associação de bairros

CAPS – abrir os equipamentos de saúde

Comunicação entre espaços constitutivos, setores, gestores

Assembléias

Entidades religiosas

Usar os programas já estabelecidos para ampliar, chamando familiares, entidades religiosas

Capivari

Chamando a família. Assembléia para as famílias ajudarem nas decisões

Informação que gere conhecimento

Aproveitar os equipamentos que já existem: associações de bairros, etc.

Abrir o CAPS e demais serviços de saúde

--

Conversa entre as Secretarias

Conversa entre os espaços constituídos (CRAS,...

-- Nas unidades e comunidade: cumprir as reuniões que já existem nas unidades, para ampliar a voz dos usuários. Utilizar os grupos já existentes na comunidade, hipertensos, diabéticos, gestantes e adolescentes...

Elías Fausto

Meios de comunicação

Aproveitar as associações de bairro

Abrir equipamentos da saúde

Ligação entre as secretarias

Além dos profissionais, ser também ampliada as pessoas (usuários)

Aproveitar os espaços da comunidade

Assembléia dos familiares

Aproveitar os recursos já existentes para ampliar o campo (programas)

Iracemópolis

Usar a mídia para mobilização (informação). Abrir espaço nos equipamentos de saúde para que a população o conheça

Aproximação das famílias

O diálogo com secretarias como estratégia para articulação

Assembléia de usuários e familiares para a co-gestão.

Comentários:

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Alguns acharam a palestra fora da realidade.

Grupo 2

Município: Piracicaba

<p>Possibilidades para o protagonismo.</p> <p>1) COMO PROTAGONIZAR (OU SER PROTAGONISTA), TOMANDO COMO REFERÊNCIA A SAÚDE MENTAL? 2) ONDE PROTAGONIZAR?</p> <p>É possível protagonizar em todos os momentos e lugares, mesmo que seja de forma não oficial. Pode-se protagonizar até nos atendimentos. “O lugar do protagonismo é onde o profissional está”, tentando construir um espaço de diálogo para resolver os problemas que surgem, ou seja, protagonismo deve ocorrer a partir dos problemas e das necessidades.</p> <p>Discutir o tratamento com os próprios atores (pais, escola)/Necessidade de mudança dos valores das famílias.</p> <p>Criar espaço de discussões entre os profissionais, ou seja, “parar para pensar” e assim dar continuidade aos serviços conjuntos, impedindo o retorno a uma posição passiva diante dos problemas.</p> <p>Para protagonizar, deve-se passar informação e construir com os usuários novos caminhos.</p> <p>As ações devem envolver a comunidade, para que esta seja instrumentalizada e procure reivindicar seus direitos. A mudança deve acontecer de “baixo para cima”.</p> <p>Faculdades devem ser mais participativas, promovendo ações e superando uma posição de especialista.</p> <p>Necessidade de articulação da rede (atenção básica, ONG, pastoral, etc)</p>
<p>Participação:</p> <p>1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?</p> <p>Garantir espaços formais e informais para a discussão do controle social, com a participação de todos os segmentos / intersetorial.</p> <p>Construir espaços dentro do serviço, sempre com os atores possíveis.</p> <p>A possibilidade de construção de uma Associação de Saúde Mental, além de comissões locais de saúde (em qualquer unidade de saúde pública)</p>
<p>Mobilização:</p> <p>1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?</p> <p>Organização dos profissionais da saúde para participação no Conselho Municipal da Saúde, com a finalidade de tentar colocar os problemas do cotidiano dos serviços em pauta para que sejam realmente discutidos. Assim, evita-se encarar a reuniões do conselhos como uma burocracia ser cumprida.</p> <p>Instrumentalizar os conselheiros de saúde, usando a Universidade como espaço de produção do conhecimento.</p> <p>Potencialização dos conselheiros locais.</p> <p>Questões para a plenária:</p> <p>Como sensibilizar os gestores? Como fortalecer os vários atores?</p> <p>Como instrumentalizar conselheiros de saúde?</p> <p>Como se organizar para efetivar a participação com representação da Saúde Mental no Conselho Municipal?</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Anotações do observador:

Vários campos e em todo momento ligado aos usuários, é sempre oportunidade para...

Sentar, conversar e dá “tiro no pé” como falaram

Possibilidades de ação na escola, por exemplo

Concepções e conversar adequada para informar a população

SIP 156 não parece ser resolutivo, muito burocrático

Passividade e reclamações, precisar parar e pensar e não faz mudanças. Exc Bem-te-vi

Buscar parcerias

Devido ao cansaço e engolem (?) no cotidiano por necessidade até econômica, ter outros vínculos e ocorre o desânimo

Falta espaço que não é dado.

Existem entaves de acordo com o gestor “partidário” e depende-se da boa vontade

UBS Balbo: esclarecimento sobre o papel da CLS e melhorias para a unidade

Dificuldade com a escola municipal

Controle social – formação da academia e já desde cedo

Melhoria de indicador depende da comunidade. Exemplo diminui MI = parcerias com hosp. Pastorais, OS, AB, igrejas. Sugestão: rede social

Construir juntos os caminhos

Protagonizar a própria história

Condições de participação dos alunos / troca

Reconhecer nos atores os potenciais no outro, daí protagonizar o outro

SM sobre internação começa na família

PSF com estrutura que está – precisa de matriciamento, pela amplitude

Mobilização através da organização e a articulação entre profissionais, o que implementa para a instrumentalizar a prática.

Ex CAPSi – problema pedagógico e não comportamental – como articular com escola/professor. Precisa fazer um caminho inverso

Dar visibilidade

Envolver os atores, identificar quem são e apontar interesses, mostrar aminsos aos atores para convencimento dos gestores

Estimular?

Garantir os espaços onde já existem em todos segmentos (intersetorial) do controle social

Criação das CLS

Flexibilizar horários

Dar espaços acadêmicos para formação de conselheiros

Ex. Assembléia santo André Associação de SM

Identificar os problemas

Criação de rede/parcerias

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Ser protagonista e envolver os atores sociais

Onde protagonizar?

Parte da necessidade no próprio ambiente e a partir daí, criar os espaços, mobilizando os atores da comunidade.

Importância da rede

Informação que transforme para ser potência

Manter participação no Conselho Municipal de Saúde

Conferência Municipal de Saúde

Instrumentalização dos conselheiros na universidade

Potencialização dos CLS

Anotações:

Nesta discussão o grupo parecia estar mais integrado, embora houvesse algumas divergências entre os participantes. A discussão teve participação de todos, mas em especial de um médico do PSF e um psicólogo do CAPS i, os quais trouxeram as suas experiências e a disposição de realmente adotar o lugar de protagonista em seu serviço.

Logo no início, os participantes afirmaram que há a possibilidade de reivindicar melhorias através do telefone 156, o qual se caracteriza como uma central de reclamações do município, mas, ao mesmo tempo, disseram que este serviço tem uma função muito mais burocrática do que efetiva, ou seja, as reivindicações apenas coletadas, mas não se faz nada para realizá-las.

Diante disto, também apontaram o fato de que, para ser protagonista, o profissional deve contar com outros profissionais que também sejam protagonistas, pois, na opinião dos participantes, "não adianta tentar protagonizar sozinho". Além disso, se um profissional estiver inserido num ambiente em que os demais adotam uma postura passiva, certamente este profissional "será levado pela maré" e dificilmente será um sujeito ativo diante dos problemas. Neste ponto, ressurgiu a discussão da necessidade da articulação de uma rede que possibilite a continuidade das ações propostas.

Outra questão que foi abordada (principalmente pelos médicos) é o fato de que a formação acadêmica não prevê a discussão acerca do controle social. Os médicos são "treinados" para aplicar a técnica, mas não aprendem a problematizar o contexto em que atuarão e nem a ser um sujeito transformador da realidade. Ainda discutindo sobre a formação acadêmica, uma das participantes (terapeuta ocupacional do ambulatório de saúde mental) afirmou que as universidades devem contribuir dentro do campo de pesquisa e se despir de uma posição de "especialista", isto é, em sua fala afirma que "a universidade fica de fora apontando os problemas do serviço, dando a impressão de que o profissional atuante no serviço não sabe o que está fazendo" ao invés de contribuir com novas ações que possam efetivamente resolver os diversos problemas.

De acordo com os participantes do grupo, ser protagonista pressupõe realizar ações individuais (capacidade de ser resolutivo) e coletivas, sem que para isso tenha que se "esperar" do poder público, construindo até mesmo espaços informais para discussão dos problemas cotidianos, e desta forma escapando da "burocratização" das relações, pois afirmam que os espaços formais (reuniões do CMS, por exemplo) tornam-se uma "obrigação burocrática e mecânica" e por isso não se constitui num momento de construção de novas alternativas. Neste momento aparece o desabafo de alguns dos profissionais que fazem parte do Conselho, afirmando que sentem-se angustiados por não conseguirem promover as mudanças necessárias. Discutem também a necessidade de envolver a comunidade nas decisões e mudanças a serem implantadas, instrumentalizando-a para que reivindique o cumprimento de seus direitos, tentando chamar atenção dos gestores para

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

as suas necessidades. Insistem que a mudança deve mesmo ocorrer de “baixo para cima”. Diante de tudo que foi discutido, começam a pensar na possibilidade de formar comissões de saúde nas unidades de saúde pública, com o objetivo de garantir um espaço para discussão e formulação de novas propostas.

O grupo também chamou atenção para a necessidade de organização dos profissionais da saúde, os quais devem participar do Conselho Municipal da saúde, pressionando e tentando colocar os problemas do cotidiano dos serviços em pauta para que sejam realmente discutidos. Além disso, deve-se tentar planejar um modo de instrumentalizar os conselheiros de saúde, usando a Universidade como espaço de produção do conhecimento.

Questões formuladas pelo grupo 2 para a plenária:

Como sensibilizar os gestores? Como fortalecer os vários atores?

Como instrumentalizar conselheiros de saúde?

Como se organizar para efetivar a participação com representação da Saúde Mental no Conselho Municipal?

(estas questões foram resumidas na *pergunta 2* descrita abaixo)

Grupo 3 Piracicaba

Possibilidades para o protagonismo.
1) COMO PROTAGONIZAR (OU SER PROTAGONISTA), TOMANDO COMO REFERÊNCIA A SAÚDE MENTAL? 2) ONDE PROTAGONIZAR?
Trabalhando o vínculo com a família e o usuário dentro dos atendimentos realizados e a acessibilidade dos profissionais envolvidos para formar esse vínculo. Onde Protagonizar: na própria unidade de atuação e nos espaços informais.
Participação:
1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?
Lapidando e responsabilizando as informações/queixas dos usuários dentro dos grupos de atendimento.
Mobilização:
1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?
Divulgação de informações com qualidade e onde cobrar seus direitos Mobilização dos familiares e usuários, avaliando a forma com que estes entenderam as informações. Trabalhar com padres, pastores ou agentes pastorais nas comunidades religiosas.

Discussão do grupo:

Facilitadora pede que todos se apresentem e apresentem seus locais de trabalho.

Houve uma ausência significativa de participantes, e um novo participante chegou (médico PSF Itapuã 2), estão presentes apenas 6 participantes.

Médico PSF – Não sei se foi falha nossa, mas fomos atrás de representantes da comunidade, porém nunca participava, somente conseguimos uma vez três pessoas e quando conseguimos esse vínculo não havia uma pessoa da gestão para participar, então chegamos na conclusão que a solução são de formas informais, através dos grupos que temos trabalhar esses assuntos.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

CAPS i – Questiona se a facilitadora participa de algum conselho e ela responde que participa do seu local de serviço.

CASVI -Participam de quase todos os conselhos, sempre tem alguém dentro desses conselhos. Faz um convite para participar do Conselho Político da ong que discute as demandas e qualquer um pode levar assuntos.

CAPS i – relata quem deveria estar presentes nos conselhos a porcentagem de participação e questiona se há diferença para quem trabalha num local de especialidades ou em um PSF.

Médico PSF – Há um conselho de saúde mental na cidade, facilitadora responde que em Rio Claro ela sabe que não tem, mas que há uma pressão pelas secretarias, porque politicamente é correto.

Ele diz que recebem esse pedido perto da eleição.

Mas é difícil pensar assim, porque sem estão mudando a gente e impede qualquer mudança.

O protagonismo dentro dos funcionários, não há uma busca por parte dos funcionários para que isso aconteça, não existe uma associação dos funcionários.

E. – Para ser protagonista depende da forma que cada um é dentro do serviço

Médico PSF – A gente colhe a semente que plantou.

Conta um caso de uma avô e seu netinho, que não era um caso de urgência e um dia chega lá e faz um barraco, pq queria um carimbo de urgência para a cirurgia do neto, mas eu expliquei que tinha mais gente que tinham casos mais urgentes e que tem para quem reclamar.

PSF V.Cristina – É só vereadores ligando para pedir que passe alguém na frente, por conta de ganhar votos.

Se você não faz isso vai parar no gabinete do prefeito

Médico PSF – É essa a hora da equipe se unir e ir contra isso.

CAPS i – O que ela colocou é uma falta de ética

PSF V. Cristina – Isso acontece em todos os serviços

CAPS II – O paciente chega e vai direto para o atendimento sem estar marcado

CASVI – Como vocês levam isso para a equipe? Como vocês se organizam? Como elas respondem a isso?

Médico PSF – A nossa equipe é pequena, então temos um relacionamento bom. A enfermeira foi e falou para todos na sala de espera que um vereador mandou passar na frente e quando a pessoa chegou ninguém falou nada, porque a pessoa era ligada a um traficante.

CAPS i – Eu fico pensando no protocolo, agendamos triagens para juizes, conselho tutelar e para escolas, mas sem atrapalhar nossa agenda, isso foi uma decisão da equipe.

Claro que toda regra tem exceção, mas devemos manter um padrão.

É interessante que na medida que você se posiciona, as coisas andam melhor.

CASVI – Como você constrói esse protocolo?

CAPS i – Cada unidade constrói o seu mas ele está frágil

CAPS ad – Por isso, que o CAPS ainda não esta todo estruturado, por que está sempre em mudança o nosso protocolo.

Médico PSF – Nós temos uma reunião de rede com escolas, PSFs, CRAS e conseguimos amarrar algumas coisas.

Tá todo mundo sobrecarregado.

Como estamos sem médicos, tenho que cobrir onde esta faltando e como fica o vínculo na minha unidade.

PSF V. Cristina – A prefeitura tem a teoria do tampa buraco e ti manda para onde esta precisando.

CASVI – Ninguém sabe desses conselhos, é preciso informar de forma simples essa existência.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Médico PSF – Eles sabem dos seus direitos, mas não sabem onde cobrar esses direitos.

CASVI – Eles têm medo de cobrar.

Médico PSF – Isso depende da pessoa que recebe, poderia pensar de outra maneira.

PSF V. Cristina – O correto é você aconselhar o paciente pedir para falar com tal pessoa.

Médico PSF – Você não despacha o paciente, você continua responsável por ele.

Na nossa região é complicado fazer contra-referência

Quando eu encaminho para outra área vem o retorno, mas quando mando para um colega médico eles não dão uma devolutiva.

CASVI – Não seria importante conhecer quem está em cada unidade?

PSF V. Cristina – Somos em três na minha equipe. Como sempre sou eu que atendo o telefone, então todo mundo sabe que eu me chamo Val, porque eles chegam já me procurando.

CAPS i – Isso acaba sendo um acolhimento, claro que temos que estar sempre melhorando isso.

Comentam do fato de sempre encontrar pacientes que vem até você para fazer alguma reclamação ou pedido, e relatam que isso é pior com os agentes de saúde, que estão dentro da comunidade.

Médico PSF – Fizemos um levantamento de quantas igrejas, boca de tráficos e bares. E o que mais tem no nosso território é igrejas, mas os outros também tem bastante.

CASVI – Nós pegamos bares estratégicos, que tem mais contato com a população.

Relata que estão a procura de usuários de drogas injetáveis e questiona se os PSFs sabem de algum caso.

CASP ad – Tem muito mais gente que utiliza mais craques.

Questões discutidas no grupo:

CASVI – Como protocolizar o que é feito e as demandas?

Médico PSF – Eu gostaria muito que tivesse presente neste grupo alguém da gestão aqui. Para sair daqui com um contrato no papel.

Grupo 4

São Pedro

Possibilidades para o protagonismo.

1) COMO PROTAGONIZAR (OU SER PROTAGONISTA), TOMANDO COMO REFERÊNCIA A SAÚDE MENTAL? 2) ONDE PROTAGONIZAR?

Criar espaços para informações (efetivo sem cobrança) dentro das unidades

Abrir espaços dentro de conselhos (ex: saúde)

Como profissionais implantar projetos em Saúde Mental

Participação:

1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?

Não respondeu

Mobilização:

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?

Não respondeu

Santa Maria da Serra

Possibilidades para o protagonismo.

1) COMO PROTAGONIZAR (OU SER PROTAGONISTA), TOMANDO COMO REFERÊNCIA A SAÚDE MENTAL? 2) ONDE PROTAGONIZAR?

Tentativa de implantação de associações Saúde mental
Criação de espaços na mídia (convocar população)
Criar equipe mínima de saúde mental na atenção básica
Pensar em alterações de horário de atendimento das instituições (PSF)-pensar em uma boa localização
2- conselhos municipais de saúde
Abrir espaços para divulgação na instituição (PSF, salas de espera, grupos de orientação)
Centros comunitários
Profissionais da saúde procurando espaços formalizados no município e tentar se inserir

Participação:

1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?

Profissionais da saúde procurando "espaços formalizados" no município e tentar se inserir
Abertura para espaços de divulgação na instituição
Estimulação, aproveitamento do que se tem
2- participação do plano regional de saúde/Conselho d Gestão Regional
Conselho municipal de saúde

Mobilização:

1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?

Ações intersetoriais (sociais/saúde, conselhos municipais) – espaços formais
Troca entre os municípios (reuniões)
Comunicação intersetorial
Momentos e encontros para discussão

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Devolver resposta ao usuário

Profissionais de saúde como protagonista para estimular usuário a ser protagonista.

Águas de São Pedro

Possibilidades para o protagonismo.

1) COMO PROTAGONIZAR (OU SER PROTAGONISTA), TOMANDO COMO REFERÊNCIA A SAÚDE MENTAL? 2) ONDE PROTAGONIZAR?

Procurar espaços pré-existentes para promover novos encontros, novos líderes

Participação:

1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?

Participação no CGR, conferência municipal de saúde

Divulgação, aproveitamento, criação

Mobilização:

1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?

Propiciar espaços abertos e parcerias com outras secretarias

Importância da intersetorialidade na equipe

Saltinho

Possibilidades para o protagonismo.

1) COMO PROTAGONIZAR (OU SER PROTAGONISTA), TOMANDO COMO REFERÊNCIA A SAÚDE MENTAL? 2) ONDE PROTAGONIZAR?

Permitir/estimular/utilizar espaços oficiais e não oficiais

Participação:

1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?

Divulgação/ estimulação/aproveitamento

Participação

Mobilização:

1) Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Charqueada

Possibilidades para o protagonismo.

1) COMO PROTAGONIZAR (OU SER PROTAGONISTA), TOMANDO COMO REFERÊNCIA A SAÚDE MENTAL? 2) ONDE PROTAGONIZAR?

Proporcionar espaços de encontros para pacientes, realizando encontro através de profissionais das áreas de saúde, introduzir a intersetorialidade, buscando atuar dentro da realidade dos indivíduos.

Participação:

1) Como estimular a participação nos espaços de controle social? 2) Como participar da elaboração e efetivação de políticas públicas na área de saúde mental?

Participação através de eventos, divulgação para a população, estimulação a participação

Participar no Conselho de CGR – Colegiado de Gestão regional

Participação na Conferência Municipal de Saúde

Participação na Conferência Municipal de Saúde Mental

Participação no Plano Regional de Saúde

Mobilização:

Como desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de participação na comunidade? Destacar: relevância da articulação intersetorial; como priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental e para o protagonismo dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental; o que pode ser desenvolvido nas unidades de saúde, bem como na comunidade?

Propiciar espaços abertos, parcerias entre outras secretarias ara promover saúde, integralidade da equipe multiprofissional, locais formais

Importância da intersetorialidade na equipe.

Questões para a plenária:

G1 - Como construir ações de mobilização para favorecer o protagonismo, envolvendo gestores, profissionais e usuários.

G2 - Como instrumentalizar os conselheiros de saúde em especial na participação em relação a política de saúde mental?

G3 - Como envolver as comunidades, especialmente grupos já organizados para a participação nos espaços consultivos e deliberativos sobre a política de saúde

G4 - Como "empoderar" os usuários e profissionais para participação concreta?

Violências cotidianas: intra-familiar, escolar e urbana.

11-06-2010: TURMA I

Objetivos:

Os sentidos históricos das violências no mundo público e no privado e as Políticas Públicas de combate à violência. Práticas da saúde nesse campo pluridimensional.

Discussão:

Identificação das formas de violência, suas conseqüências e determinações na região.

Metas:

Resignificar representações sociais e mitos. Elaborar estratégias para ação em rede social.

Discussões dos grupos:

1-Identificar e avaliar as ações existentes em seu Município em relação à prevenção e a assistência às pessoas em situações de violência.

Refletir sobre que outras iniciativas poderiam ser realizadas para que ocorram novos avanços no setor

2- Quais as principais facilidades e quais as principais dificuldades encontradas em seu Município, referentes a prevenção e a assistência as pessoas em situação de violência

3- Como são trabalhadas as informações referentes à violência em seu Município?

Grupo 1

1-Identificar e avaliar as ações existentes em seu Município em relação à prevenção e a assistência às pessoas em situações de violência.

Refletir sobre que outras iniciativas poderiam ser realizadas para que ocorram novos avanços no setor

Municípios	Abusos	Ações realizadas
Pirassununga	Várias formas de uso de drogas, seja lícito ou ilícito; Crack, cocaína; O abuso acontece com mais freqüência nos fins de semana, em festas, forrós...) Crack tem uma relação mais forte com a população da periferia pelo próprio valor da droga; Trabalhadores rurais imigrantes que têm menos opções de lazer, educação...população mais vulnerável.	Serviço de atendimento especializado (ambulatório específico para atender essa população); Palestras educativas; Prevenção de danos; Ambulatório de saúde mental; Prevenção ao tabagismo.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Têm aumentado muito o consumo nas classes médias e altas (cocaína); É uma fuga, independente da faixa etária da população;	
Leme	Várias formas de uso de drogas, seja lícito ou ilícito; Crack, cocaína; O abuso acontece com mais frequência nos fins de semana, em festas, forró... Crack tem uma relação mais forte com a população da periferia pelo próprio valor da droga; Trabalhadores rurais imigrantes que têm menos opções de lazer, educação... População mais vulnerável; Têm aumentado muito o consumo nas classes médias e altas (cocaína); É uma fuga, independente da faixa etária da população; Têm aumentado muito o consumo nas classes médias e altas (cocaína);	Quando é menor, chama-se os familiares e convoca-se o Conselho Tutelar. Restabelecimento físico;
Sta Cruz	Nos pronto-atendimentos não tem muita incidência, pois a cidade é muito pequena, talvez esses casos apareçam nas cidades próximas; Normalmente os casos chegam através de Assistente Social	Não existem muitas ações preventivas;

Grupo 2

Municípios	Abusos	Ações realizadas
Rio Claro	Substâncias: maconha é corriqueiro. Cocaína, crack Consumo de cerca 3, 4 pedras de crack por dia Faixa etária mais comprometida é de 15 a 16 anos	Existe um problema quando pessoas que precisam de desintoxicação são atendidas em pronto socorro porém não são atendidas pelo clínico geral, são encaminhadas para CAPS ou para o psiquiatra, sendo que a desintoxicação deve ser tratada com o clínico primeiramente. O CAPS AD atende a família e os usuários.
Ipeúna	Cerca de 50 casos registrados Envolvidos com pedófilos, prostituição, roubo. O uso das drogas geram comportamentos que agredem diretamente as	Entender que a questão da droga no adolescente é secundária, o que realmente é problema são os valores sociais, histórico familiar.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	<p>famílias.</p> <p>Profissionais não compreendem a redução de danos, não aceitam e acreditam que o tratamento é a abstinência.</p> <p>No caso do adulto geralmente o uso de substâncias inicia-se na adolescência, porém existem adultos que começam na idade madura. Os casos mais recorrentes são de alcoolismo que posteriormente leva ao uso de cocaína e crack.</p>	
--	---	--

Grupo 3

Municípios	Abusos	Ações realizadas
Conchal	<p>Chegam bastante nos ambulatórios de SM e nos PSF os casos de drogadicção</p> <p>Há um aumento da demanda</p> <p>Aumento do número de usuários que viram vendedores</p> <p>Início precoce</p>	<p>Parcerias com o Fórum</p> <p>Grupo de apoio à família</p> <p>Grupo da sobriedade, Amor Exigente, AA/NA</p> <p>No CT tem um psicólogo que faz um assessoramento, faz uma rede</p> <p>Atendimento individual do usuário e da família</p>
Limeira	<p>Há um alto índice de gravidez</p> <p>Sufrimento familiar – grande indignação por parte da família dos usuários com o tipo de tratamento realizado</p>	<p>O psicólogo do CT faz mais encaminhamentos</p> <p>Amor Exigente</p> <p>Instituições religiosas</p> <p>Grupos de apoio</p> <p>AA/NA</p>
Itirapina	<p>Há duas penitenciárias no município e isso aumentou o número relacionado a drogas</p> <p>É muito comum as mulheres engravidarem e usarem as crianças para levarem as drogas (tem mãe que faz a criança engolir, tem criança com drogas na fralda, etc.)</p> <p>Há muitos roubos na cidade perto do dia de visitas</p> <p>Agentes comunitários entram nos presídios com droga</p>	<p>Projeto flor da idade – flor da cidade (com o trabalho de plantação, ganham remuneração)</p> <p>Grupos de apoio a família</p> <p>CRAS</p> <p>Projeto Votorantim</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 4

Municípios	Abusos	Ações realizadas
Cordeirópolis	Crack Álcool	Atendimento ambulatorial Ação Jovem Narcóticos Anônimos
Engenheiro Coelho	Crack Álcool	Ação Jovem Narcóticos Anônimos
Santa Gertrudes	Crack Álcool	Grupo de Apoio. Ação Jovem; Amor exigente; CAPS I

Municípios	Ações preventivas	Ações assistenciais	Outras propostas
Pirassununga	Existem recursos, mas não são aproveitados nas suas potencialidades. Não existe um protocolo... não são ações integradas. (escola, polícia, igreja...)	PSF – física (é atendida no programa e é notificada) PSF-sexual (é feita uma notificação, é medicada... um boletim é realizado, ela é encaminhada a um ambulatório de DST) Criança, C.T é acionado.	

Municípios	Ações preventivas	Ações assistenciais	Outras propostas
Conchal	Campanhas Capacitação de Profissionais Resgate auto-estima	Conselho Tutelar Acolhimento Comprometimento de todos da equipe de trabalho Acompanhamento	Mais envolvimento entre os profissionais Mais ações de prevenção Capacitação em forma de Educação Permanente em violência

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Limeira	Campanhas Palestras Distribuição de material escrito Disposição de cartazes educativos Reuniões em grupo Casa de abrigo de mulheres e crianças em risco de violência Casa de abrigo de moradores de rua	Distribuição de cestas básicas e medicamento, roupas, material de construção, fraudas Acolhimento pelo serviço social e agentes de saúde Facilitadora de transporte para visitas em presídio e assistência	Mais envolvimento entre os profissionais da rede Espaço de discussão/reflexão Educação Permanente em violência
Itirapina	Campanha educativa nas escolas, PSF	Conselho Tutelar Conselho Municipal do Idoso	Maior envolvimento entre os profissionais, possibilitando um melhor acolhimento, desenvolvimento e resolução dos casos

Municípios	Ações preventivas	Ações assistenciais	Outras propostas
Engenheiro Coelho	Educação Projetos EDUCAR PSF/ACS Projeto do CRASS ADRA APAE	Vigilância em Saúde PSF/ACS Conselho Tutelar APAE Pronto Atendimento Delegacia Promoção Social	Melhorar o atendimento a violência
Cordeirópolis	Ação jovem Escolas CRAS (com família)	Conselho Tutelar Conselho do idoso CMDCA Notificação	
Santa Gertrudes	Notificação PSF unido ACS, CRAS, Núcleo educacional, Espaço Amigo, Centro de Idosos e CAPS	Conselho tutelar Conselho do adolescente Promoção social Conselho do idoso CREMUV em parceria com Nosso Lar (Rio Claro)	

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Municípios	Ações preventivas	Ações assistenciais	Outras propostas
Rio Claro	Como prevenção existe um fórum de violência CRAS (possuem programas preventivos),	Como ações assistenciais CREAS, Saúde na Família, intervém e assistem. Para a assistência de adultos e pessoas com problemas mentais é acionado o ministério público (Conselho do idoso, delegacia da mulher) O agressor nunca é encaminhado, cuidado. Apenas agressores menores são atendidos.	Como caráter preventivo tornar possível espaço de discussão nas escolas com alunos e familiares. Atendimento ao agressor. Reformular a ficha SINAN
Ipeúna	Visitas domiciliares feitas pelos agentes. ACS PSF	Conselho tutelar e PSF	Não existe

2- Quais as principais facilidades e quais as principais dificuldades encontradas em seu Município, referentes a prevenção e a assistência as pessoas em situação de violência

3- Como são trabalhadas as informações referentes à violência em seu Município?

Grupo 1

Municípios	Acolhimento	Encaminhamentos
Leme	Recebe nos Pronto-atendimentos, PSFs e encaminha-se ao ambulatório especializados...	Trabalho realizado pelo ambulatório DST Aids. Existe todo um levantamento / mapeamento da população. Trabalho conjunto com PSFs; Quando é menor, chama-se os familiares e entra em contato com o Conselho Tutelar. Ambulatório de saúde mental; PM; Escolas; CRAS; CT;

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		PM; Guarda Municipal; Família
Pirassununga	Recebe nos Pronto-atendimentos, PSFs e encaminha-se ao ambulatório especializados...	Serviço de atendimento especializado (ambulatório específico para atender essa população);
Sta Cruz		Ambulatório de saúde mental; PM; Escolas; CRAS; CT; PM; Guarda Municipal; Família

Grupo 2

Municípios	Acolhimento	Encaminhamentos
Rio Claro Ipeuna	Possuir um espaço CAPS que pudesse recolher essas pessoas. Olhar para a pessoa de uma forma diferente, sem colocar a droga na frente do sujeito. Prestar atenção no contexto em o que este sujeito está inserido, o que apresenta como necessidades, desejos, sua subjetividade. Buscam resposta na religião.	PARCEIROS: Liberdade assistida, CREAS, CAPS, PS Padre exorcista.(anda armado, é amigo do traficante, domina a população). Sua missa é de arquibancada. Em Ipeúna possui apenas encaminhamento para internação. Internações em clínicas particulares.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3

Municípios	Acolhimento	Encaminhamentos
Conchal		
Limeira		
Itirapina		

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 4

Municípios	Acolhimento	Encaminhamentos
Cordeirópolis	No ambulatório	Grupos de Apoio (N.A)
Engenheiro Coelho	Tentativa de acolhimento do PSF Não há estrutura para melhor acolhimento	Grupo de Apoio (N.A)
Santa Gertrudes	Planejamento de conscientização sobre o uso abusivo. Acolhimento da família	Chega para a assistência social, a qual encaminha para o Grupo de Apoio

Municípios	Facilidades para prevenção e assistência	Dificuldades para prevenção e assistência	Como é trabalhada a notificação dos casos
Pirassununga	AA Escola Associações de bairro.	Dificuldade em ter a informação que a violência existiu; Encaminhamento ao caso; Fluxo e estratégia do atendimento; Falta de resolutividade já no primeiro encontro;	

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		Violência velada; A pessoa não quer fazer a denúncia.	
Leme	Igual	Violência velada; Não tem local específico para atender só violência;	

Municípios	Facilidades para prevenção e assistência	Dificuldades para prevenção e assistência	Como é trabalhada a notificação dos casos
Conchal	Trabalhar em rede	Falta de ética profissional Medo de notificar o caso Entrar na subjetividade Manter a neutralidade	Só via Conselho Tutelar (denúncia)
Limeira	Trabalho em equipe multi e pluridisciplinar Envolvimento de vários setores da rede	Falta de ética e profissionalismo Falta de capacitação técnica Medo de quebra de sigilo Identificação do quadro exposto sem julgamento	SINAN Encaminhamento para os órgãos competentes
Itirapina	Trabalho em rede (futuramente)	Falta de ética Subjetividade Neutralidade	(vamos pesquisar)

Municípios	Facilidades para prevenção e assistência	Dificuldades para prevenção e assistência	Como é trabalhada a notificação dos casos
Engenheiro Coelho	Não têm	Ligação entre os setores Ausência de unidades e profissionais para atendimento Tratar o agressor Lei efetiva (Maria da Penha) Trabalhar o pessoal das pessoas agredidas	Sistema de denúncias Serviço de porta aberta Encaminhamento

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Cordeirópolis	Grupos (oficinas de geração de renda, cursos e etc) Projeto Guri e Ação Jovem Palestras educativas	Falta de articulação entre os setores (rede de apoio) Aplicação efetiva da lei (Maria da Penha) Atenção (tratamento) ao agressor Falta de recursos para atendimento aos agredidos	
Santa Gertrudes	Trabalho de rede, na maioria das vezes funcional	Resistência do próprio indivíduo à denunciar e aceitar ajuda; Ausência de abrigo no município (idoso ou infanto-juvenil) Ausência de assistência ao agressor	Com visita domiciliar (assistente social e um estagiário) Parceria com PSF

Municípios	Facilidades para prevenção e assistência	Dificuldades para prevenção e assistência	Como é trabalhada a notificação dos casos
Rio Claro	Recursos da rede Serviços, CRAS e CREAS	Não tem uma articulação da rede. Não tem espaço inter-setorial para sistematizar as ações.	É fala.
Ipeúna	Parceria (rede) da assistência social, com psicologia e conselho tutelar (PSF) Integração a rede	Processos judiciais são morosos por que não proporcionam resolutividade do caso.	Após investigação do caso pela rede (psicologia assistente social e conselho tutelar) vendo a necessidade e o CT encaminhar para o Fórum.

DISCUSSÃO DO CASO:

Grupo 1

Os adolescentes têm saído de casa mais cedo e a família não tem mais controle.

Saindo de casa ele tem proximidade com as drogas (lícitas e ilícitas), pois o acesso a droga está muito mais fácil.

Grupo 2

Menino, 14 anos usuário de crack, família vinda do Mato Grosso.

Família pede internação.

Não conseguiam a internação nem com ordem do juiz.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Roubava enxoval que o padrasto vendia.
Se prostituiu com um adulto (pedófilo).
Traficante cobrou dinheiro e a família teve que pagar.
Depois de muita insistência conseguiram internar-lo, porém ele fugiu.
Como ele não havia realizado nenhum crime não tinham como detê-lo.
Quando ele cometeu um furto foi colocado na casa escola.
Está na casa escola já alguns meses em abstinência.
Foi preciso um crime para que ele fosse tratado.
Não existe uma lei para tratamento, precisa chegar ao ponto extremo.
Internação X Redução de danos
Programa de reinserção social após reclusão para desintoxicação.
Não adianta afastar tem que conscientizar e acompanhar.

17-09-2010: TURMA II

Objetivos: Os sentidos históricos das violências no mundo público e no privado e as Políticas Públicas de combate à violência. Práticas da saúde nesse campo pluridimensional.

Discussão: Identificação das formas de violência, suas conseqüências e determinações na região.

Meta: Resignificar representações sociais e mitos. Elaborar estratégias para ação em rede social.

1-Identificar e avaliar as ações existentes em seu Município em relação à prevenção e a assistência às pessoas em situações de violência.
Refletir sobre que outras iniciativas poderiam ser realizadas.

Grupo 1

Ações preventivas	Ações assistenciais	Outras propostas
DST – AIDS - Campanhas de redução de danos: escolas, campanhas, palestras, festas. COMAD – Com representantes de cada equipamento/parceiros, realizam estratégias para intervenção.	Delegacia da Mulher DDM; Conselho Tutelar; Guarda Municipal; Ambulatório SM; CAPS	Projeto para pessoas envolvidas com violência familiar relacionadas com uso e abuso de drogas, com parceria do poder judiciário (compulsório). Todo município ter um Núcleo de Prevenção à Violência (NPV).

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

<p>Líder de Igreja / Comunidades Religiosas – Intervenção em bairro onde existe grande número de usuários de drogas. Ambulatório SM – No momento realiza campanha sobre Bullying CAPS AD – Secretaria do Desenvolvimento Social – Trabalho com menores infratores. Acompanham o adolescente na prestação de serviços à comunidade.</p>	<p>Todos exercendo as atividades legais rotineiras (protocolo). Líder de Igreja / Comunidades Religiosas – Intervenção em bairro onde existe grande número de usuários de drogas.</p>	
<p>Iracemápolis Pró-jovem Projeto Guardião Ambos no CRAS – foco no adolescente</p>	<p>Conselho Tutelar Saúde mental Delegacia Judiciário</p>	<p>Criação de núcleo de prevenção à violência</p>
<p>Capivari DST/AIDS (camp. Redução de danos) COMAD (Cons. M. de Álcool e Drogas) Ambulatório de Saúde Mental (bullying) ACAPS ad – ações comunitárias Secretaria de Des. Social com menores infratores (liberdade assistida e prestador de serviços comunitários)</p>	<p>Delegacia de defesa da Mulher Conselho Tutelar Guarda Municipal Ambulatório de Saúde Mental Comunidades religiosas CAP ad Judiciário DST/AIDS Sec. Do Des. Social (LA) CRAS</p>	<p>Projeto a nível de ordem judicial (?) para tratamento de pessoas que praticam violência doméstica a partir da triagem do CAPS NPV – Núcleo de Prevenção à Violência</p>
<p>Elias Fausto DST/AIDS COMAD Líderes religiosos Ambulatório de SM CAPS ad Secretaria de Des. Social</p>	<p>Delegacia da Mulher Ambulatório de S M CAPS Ada Judiciário Guarda municipal</p>	<p>Projeto para CAPS ad – tratamento compulsório (ordem judicial) NPV (5 profissionais facilitadores)</p>
<p>Mombuca DST Campanha de tracoma (equipe da enfermagem)</p>	<p>Delegacia da Mulher Conselho Tutelar Guarda Municipal</p>	<p>Projeto com a parceria do CAPS e Poder Judiciário para pessoas com problemas com drogas NPV</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Judiciário CAPS Ambulatórios	
--	------------------------------------	--

2- Quais as principais facilidades e quais as principais dificuldades encontradas em seu Município, referentes à prevenção e à assistência as pessoas em situação de violência?

3- Como são trabalhadas as informações referentes à violência em seu Município?

Facilidades para prevenção e assistência	Dificuldades para prevenção e assistência	Como é trabalhada a notificação dos casos
Escuta empática/qualificada do profissional para com o usuário. Registro de informações. Gestor facilitador. Tempo para pensar novos projetos/estratégias.	Dificuldade de comunicação entre os equipamentos (dificuldade de estabelecer rede). Os trabalhos ocorrem isoladamente. Demanda alta e poucos profissionais. Acúmulo de funções por parte dos profissionais; Falta de boa vontade dos gestores e acomodação dos funcionários. Retaguarda e lugares para acolher os sujeitos com risco social. Falta de trabalho com famílias para instrumentalizá-las a lidar com filhos usuários. Não entendimento dos serviços, por parte dos gestores Falta de interesse para tomar conhecimento sobre.	Não há notificação. Quem faz é o médico do PS
Iracemápolis Escuta atenta e efetiva	Comunicação em rede Demanda muito grande Boa vontade de gestores e todos os outros atores Falta de equipe profissional para executar trabalhos Falta de retaguarda e espaço físico Não entendimento do trabalho e funcionamento do setor	Não é notificado
Capivari Escuta mais atenta, acolhimento por qualquer ator da rede.	Colaboração por parte dos gestores e funcionários Comunicação entre as secretarias e outros serviços Demanda muito grande Não entendimento do serviço pelos gestores.	Não é feita nenhuma notificação Pronto Socorro notifica Delegacia

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

<p>Elias Fausto Trabalhar com PSF – identificação do problema – acolhimento Escuta correta – de identificação Refletir o que há de errado para poder entender o que acontece e a partir daí começar o trabalho.</p>	<p>Comunicação entre os equipamentos Demanda grande para o serviço Boa vontade dos gestores e demais funcionários (profissionais) O não conhecimento dos serviços por parte do gestor, funcionários.</p>	<p>Casos de violência doméstica - entra pelo OS e a delegacia é notificada Notificação não ocorre.</p>
<p>Mombuca A escuta correta, acolhimento certo.</p>		<p>Não é notificado</p>

ESTUDO DE CASO

Caso da criança A. M. S. de 8 anos que surgiu na unidade de saúde através de uma queixa relacionada a demanda da avó paterna apresentada para a TO na triagem.

Pai usuário de drogas, ex-presidiário estando em liberdade há 11 meses.

Tia tem 16 anos é a esposa do tio e tem muito ciúme da A M S.

Avó chega a triagem muito nervosa apresentando uma linguagem simples e confusa.

Relata que a A M S ficou aos cuidados dos pais até um ano e oito meses, período em que a mãe a drogava. Nesta data a mãe a deixou na casa da avó e disse que logo voltaria, mas nunca mais apareceu.

O pai após sair da prisão foi buscar a criança que estava na casa do tio.

Além do pai não ter paciência para cuidar da criança a avó não tem confiança em deixá-la aos cuidados do pai. A avó diz que existe a suspeita de que AMS sofreu abuso sexual quando bebê, porém o fato não foi esclarecido.

Hoje a criança está novamente na casa do tio e não frequenta a escola.

Grupo 2

MUNICÍPIO: Piracicaba

Ações preventivas	Ações assistenciais	Outras propostas
<p>Ong Casvi (trabalha com direitos humanos) Projeto Sangue Bom (trabalha com redução de danos) Recriando. Guarda Mirim. Projeto Guri. CASAP</p>	<p>CRAMI CASE Conselho tutelar Delegacia da mulher Serviços de Saúde (CAPS, PSF, PS, UBS). CEDIC Bom Menino e Casa Raquel. Casa Transitória para crianças. Família acolhedora.</p>	<p>Divulgação do CONDECA. Criação de abrigos para crianças e mulheres em situação de risco. Faltam políticas públicas (protetivas). Serviços mais qualificados. Conselhos / Recursos Faltam serviços para idosos. Serviços de apoio a mulher. Proposta que a escola trabalhe com prevenção investindo em cultura e lazer.</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

2- Quais as principais facilidades e quais as principais dificuldades encontradas em seu Município, referentes à prevenção e à assistência as pessoas em situação de violência?

3- Como são trabalhadas as informações referentes à violência em seu Município?

Facilidades para prevenção e assistência	Dificuldades para prevenção e assistência	Como é trabalhada a notificação dos casos
Disque 181 Divulgação dos serviços existentes no município nas rádios	Falta serviço especializado para dar suporte as pessoas em situação de violência. Falta de equipe especializada para trabalhar com situações de violência. Despreparo da equipe Despreparo da polícia	Encaminhamentos para o CEDIC Subnotificação para os casos de violência

ESTUDO DE CASO

Caso da criança A. M. S. de 8 anos que surgiu na unidade de saúde através de uma queixa relacionada a demanda da avó paterna apresentada para a TO na triagem.

Pai usuário de drogas, ex-presidiário estando em liberdade há 11 meses.

Tia tem 16 anos é a esposa do tio e tem muito ciúme da A M S.

Avó chega a triagem muito nervosa apresentando uma linguagem simples e confusa.

Relata que a A M S ficou aos cuidados dos pais até um ano e oito meses, período em que a mãe a drogava. Nesta data a mãe a deixou na casa da avó e disse que logo voltaria, mas nunca mais apareceu.

O pai após sair da prisão foi buscar a criança que estava na casa do tio.

Além do pai não ter paciência para cuidar da criança a avó não tem confiança em deixá-la aos cuidados do pai. A avó diz que existe a suspeita de que AMS sofreu abuso sexual quando bebê, porém o fato não foi esclarecido.

Hoje a criança está novamente na casa do tio e não frequenta a escola

Grupo 3

MUNICÍPIO: Piracicaba

Ações preventivas	Ações assistenciais	Outras propostas
Pessoas individualizadas e com influências com ajuda de patrocínios. Acolhimento do sofrimento. Pacto da redução da mortalidade infantil.	CRAMI Conselho tutelar	Lugares públicos da cidade para ações comunitárias (praças, por exemplo). Melhor aproveitamento dos espaços disponíveis. Investimento para os menores (dança, teatro, jogos, etc). Olhar para o micro, para as ações cotidianas.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		Discussão em equipe, para o fortalecimento do trabalho. Mudança de política de contratação dos profissionais da saúde. O olhar dos gestores. Articulação dos equipamentos.
Outras anotações:	<i>Em Piracicaba não tem. Possibilidade de criar Oficinas para menores, principalmente das ruas e investir em cultura, aprendizado, etc</i>	Mudar política de contratação de funcionários Como trazer a teoria para a prática

2- Quais as principais facilidades e quais as principais dificuldades encontradas em seu Município, referentes à prevenção e à assistência as pessoas em situação de violência?

3- Como são trabalhadas as informações referentes à violência em seu Município?

Facilidades para prevenção e assistência	Dificuldades para prevenção e assistência	Como é trabalhada a notificação dos casos
	Falta de apoio do CRP (no caso dos psicólogos). Sistema judicial precário. Ações de combate à violência tão violentas quanto o que precisa ser combatido (retirada de guarda de filhos de maneira mal avaliada, por exemplo). Há muitas pessoas usando o serviço, e certas informações passam despercebidas. Medicalização do sofrimento. Julgamento do sofrimento do outro. Os próprios trabalhadores e seu sofrimento.	“nunca fiz uma notificação” Consta do prontuário do paciente, mas o formulário de notificação nem aparece nos equipamentos de saúde. “Esse formulário nunca chegou nas nossas mãos.”

Grupo 4

	Ações assistenciais	Outras propostas
São Pedro Proerd (orientação sobre drogas para criança da 5ª série) CMDCA (Conselho municipal do direito da criança e do adolescente)	Secretaria assistência e desenvolvimento social, conselho tutelar, secretaria da saúde (parceria)	O CRAS poderia atuar em ações preventivas.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Criança esperança Legião Mirim Casa Abrigo		
Saltinho – conselho tutelar, notificação, encaminhamento, visita domiciliar, fundo social	Conselho tutelar, secretaria da saúde, secretaria de assistência e desenvolvimento social.	Família acolhedora (uma forma de reduzir os abusos a crianças e adolescente)
Charqueada Proed.	Conselho tutelar, secretaria de ação e desenvolvimento a casa da criança, creches.	Apoio com ONGs na própria cidade, para não encaminhar para cidade longe, fichas de notificação de agressão, família acolhedora, abrigos.
Santa Maria da Serra	Ficha de notificação (PS), Conselho Tutelar, psicóloga-serviço social, delegacia, terceira idade	Ações educativas, colocar projetos sociais em pratica (já existem no papel), encaminhamento para CAPS.
Rio das Pedras Ações educativas realizadas pela policia militar nas escolas.	Saúde mental, conselho tutelar, secretaria de assistência e desenvolvimento.	Projetos.
Águas de São Pedro Não existem no município ações preventivas	Espaço criança: oferece apoio psicológico, psicoeducacional e fonoaudiológico. Saúde: oferece apoio psicológico. Conselho tutelar: orientação a família e encaminhamentos. PROERD: voltado a questão educativa. Creche: oferece vagas para crianças em situação de risco.	Não existe... mas seria importante: projetos sociais, projetos de educação na saúde, grupos de apoio, trabalhos preventivos.

Facilidades para prevenção e assistência	Dificuldades para prevenção e assistência	Como é trabalhada a notificação dos casos
São Pedro No caso de criança e adolescente existem parcerias que acabam por facilitar principalmente assistência (conselho tutelar, programa ligado a educação) a criança em situação de violência.	Não existe u programa específico de violência contra mulher, idoso.	

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

<p>Saltinho Município pequeno, unidade única</p>	<p>Recursos financeiros, vontade política, motivação e qualificação profissional, saber o limite e a proteção da violência, encaminhar casos para fora da cidade ex: psiquiatra infantil, elaboração de protocolos contra violência contra a mulher, idoso, criança etc.</p>	
<p>Charqueada Facilitar o contato para indivíduos obter informações devido o tamanho do município por meio de parcerias</p>	<p>Falta de equipe, dificuldade política pública. Recursos financeiros Vontade política Motivação e qualificação profissional Saber o limite e a proteção da violência Encaminhar os casos para fora da cidade (ex. psiquiatra infantil) Elaboração de protocolos da violência contra a mulher, idoso, criança, etc.</p>	<p>Através de boletim de ocorrência, por meio de comunicação de fatos.</p>
<p>Santa Maria da Serra Pequenas parcerias dentro dos municípios e entre os municípios.</p>	<p>Limitação profissional (falta de equipe), políticas públicas.</p>	<p>Encaminhada (internet) para Piracicaba, encaminhar laudos para a delegacia</p>
<p>Rio das Pedras Município pequeno, unidade única.</p>	<p>Limitação profissional (falta de equipe), políticas públicas.</p>	<p>Apenas realizado no pronto socorro municipal, sendo implementado recentemente.</p>
<p>Águas de São Pedro Por causa da população pequena o índice de incidência é pequeno, espaço para possíveis encontros como: espaço criança, centro de convenções, secretaria da assistência social, auditoria do balneário, escolas.</p>	<p>Falta de profissionais qualificados, falta de iniciativa dos profissionais que já atuam em planejar e realizar projetos na questão da violência</p>	<p>Através do conselho tutelar e pelo fundo social, através da escola que informa os profissionais que atendem ou ao conselho tutelar.</p>

Grupo 3

Anotações:

CAPS II – Essa coisa robótica faz com que a gente acabe sendo violenta, sem violência. Que são implícita, eu acho que começa por aí, pelo dia dia da gente

É talvez algo que antecede a violência em si

Médica PSF – A gente vai se endurecendo, onde para a vítima é viável replicar essa violência sem sofrer nada

Há coisa aceitáveis e outras não. Você fica sabendo de casos que a vítima não exteriorize. Há vítimas que se fecham

Conta duas história, onde a violência para os profissionais era nítida e para o agressor e para a vítima era o modo de vida deles.

PSF – Criança com uma assadura grave e o médico relata que é uma violência infantil.

Médica – Férias na creche é uma agressão, eu acho que todo mundo tem que ter férias, mas não tem como a família cuidar

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Como eu vou falar de planejamento familiar, se a realidade deles é outra é diferente da minha.

PSF – Construíram uma praça na frente do PSF, que serve só para os traficantes ao invés de fazer algo mais produtivo, ligado ao esporte, a cultura, sei lá.

Médica – Quantas pessoas não vem até a gente com uma queixa e muitas das vezes ela está passando por um sofrimento.

PSF – Como trabalhamos com muita gente para atender, tem muita coisa que passa batido

CAPSad – Como temos plantão, onde cada dia um profissional fica para acolher que não está muito bem e sempre elas chegam achando que vão passar com o médico e quando passam com a gente se desabam a falar e no final se dão conta que o que precisavam era só desabafar.

Médica – O mundo ‘tá mudando muito depressa e a gente não esta conseguindo acompanhar.

É complicado fazer a mulher de sempre vítima, sendo que muitas vezes são muito violentas.

As ações preventivas ainda estão muito ligadas a saúde, para colocar nas estatísticas. Se importam muito com a mortalidade infantil, ou seja, todo mês tem que pesar e não pensa no resto

Ninguém fez nenhuma notificação sobre violência, elas nunca viram nem o formulário

Médica – O problema não é formar rede, é necessário completar as equipes antes.

Discussão do caso

Médica – Pq é a avó que trouxe a criança?

CAPS II – Primeiramente, essa unidade não é tão ruim assim, porque tem uma T.O.

Primeiro a assistente social ia visitar essa família

Médica – É necessário fazer um exame clínico, mas no PSF não posso fazer um exame ginecológico, só no pronto socorro

CAPSad – Tem que averiguar o porque a criança esta fora da escola

PSF – Como eu não atendo criança, então quando aparece para mim eu ligo no CAPSi e pergunto o que devo fazer.

Oficinas das artes – O difícil é fazer contato com a rede básica, porque vai aumentar o serviço e vai aumentar mais ainda a demanda.

Médica – Não importa a quantidade de PSFs, e não importa a qualidade, ou seja, nenhum tem equipe completa.

Anotações

Articulações com as opiniões dos participantes:

- Pacífico (oposto à passividade)
- Empobrecimento
- Gandhi – pequenos pensamentos alimentam a violência, a paz é um caminho.
- Violência sutis e passividade diante de um ato de violência.
- Questões do cuidado
- Nível de intervenção
- Restaura história e modificá-la
- Enquanto profissionais da saúde – nível do cuidado.
- Vidência como referência de identidade.
- Rede considerar o contexto sócio-econômico cultural.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

- Naturalização da violência
- Escuta qualificada empática
- Qual é o papel enquanto profissional da saúde

Trauma

- 1º golpe – como que percebe, mas a vida restaura dor sentida.
- 2º golpe – história pessoal que constrói uma forma de agir reproduzindo a violência sofrida.
- Profissional no papel de facilitador.
- Ao trabalhar desconstruir a forma de agir automática que se coloca na posição de julgador que analisa.
- Conceito uso intencional da força física ou poder

Tipos de violência

- Estrutural
- Institucional
- Interpessoal – dificuldade para lidar com o conflito
- Violência cultural
- Violência de gênero
- Violência social
- Violência contra a pessoa deficiente

Manifestações da violência

- Física
- Psicológica
- Sexual
- Negligência ou abandono

Cuidados em saúde-estratégias

- Trabalha auto-estima e mudança de imagem
- Trabalho de re-significar a situação de violência
- Produção de informações
- Humanização SUS
- Escuta qualificada
- Clínica ampliada
- Círculos restaurativos
- Comunicação bloqueada
- Julgamento moralizadores
- Negociação de responsabilidades
- Fazer comparações

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

- Comunicar desejo como exigência

Discussão grupo

Assistenciais

- Delegacia da mulher
- Conselho tutelar
- Ambulatórios saúde mental

Prevenção

- DST – campanha de redução de danos
- CAMAS
- Ambulatórios de Saúde Mental
- CAPS AD
- Ação comunitária

Outras propostas

- Secretaria do desenvolvimento trabalhando com menores infratores
- Avaliar
- NPV (proposta) – 5 facilitadores
- O agressor como vítima

2ª dificuldade

- Comunicação entre as equipes
- Facilidades
- Escuta constante e atenta
- Identificar a proposta e visualizar a demanda.
- Dificuldades dos gestores não comprometidos
- **Iracemápolis** – não é notificado

Questões para plenária:

G1 – Como lidar com os sentimentos (medo, raiva, etc) provocados pela violência na atuação em saúde.

G2 – São suficientes os serviços de atenção as vítimas de violência?

G3 – Como cuidar das vítimas de violência respeitando-se os direitos humanos (portanto sem ampliar o ciclo da violência)?

G4 – Como criar um núcleo de prevenção a violência municipal e orientando por políticas públicas?

Usos e abusos de substâncias lícitas e ilícitas

18-06-2010: TURMA I

Objetivos:

A onipresença histórico-social de substâncias psicoativas. Contexto sócio-cultural atual: narcisismo e consumismo. Desconstruindo mitos e representações sociais. Modelos de tratamento da dependência química: abstinência e redução de danos.

Discussão:

Levantamento dos dados acerca dos abusos e as ações realizadas

Metas:

Elaborar planejamento de acolhimento e encaminhamentos.

Discussões dos grupos:

- 1 - Levantamento dos dados acerca dos abusos e as ações realizadas.
- 2 - Elaborar planejamento de acolhimento e encaminhamentos.

Síntese das discussões

- 1 - Levantamento dos dados acerca dos abusos e as ações realizadas.

Grupo 1

Municípios	Abusos	Ações realizadas
Pirassununga	Várias formas de uso de drogas, seja lícito ou ilícito; Crack, cocaína; O abuso acontece com mais freqüência nos fins de semana, em festas, forrós...) Crack tem uma relação mais forte com a população da periferia pelo próprio valor da droga; Trabalhadores rurais imigrantes que têm menos opções de lazer, educação... população mais vulnerável. Têm aumentado muito o consumo nas classes médias e altas (cocaína); É uma fuga, independente da faixa etária da população;	Serviço de atendimento especializado (ambulatório específico para atender essa população); Palestras educativas; Prevenção de danos; Ambulatório de saúde mental; Prevenção ao tabagismo.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Leme	<p>Várias formas de uso de drogas, seja lícito ou ilícito; Crack, cocaína; O abuso acontece com mais freqüência nos fins de semana, em festas, forró... Crack tem uma relação mais forte com a população da periferia pelo próprio valor da droga; Trabalhadores rurais imigrantes que têm menos opções de lazer, educação...População mais vulnerável; Têm aumentado muito o consumo nas classes médias e altas (cocaína);</p>	<p>Quando é menor, chama-se os familiares e convoca-se o Conselho Tutelar. Restabelecimento físico</p>
Sta Cruz	<p>É uma fuga, independente da faixa etária da população; Têm aumentado muito o consumo nas classes médias e altas (cocaína);</p> <p>Nos pronto-atendimentos não tem muita incidência, pois a cidade é muito pequena, talvez esses casos apareçam nas cidades próximas; Normalmente os casos chegam através de Assistente Social</p>	<p>Não existem muitas ações preventivas</p>

Grupo 2

Municípios	Abusos	Ações realizadas
Rio Claro	<p>Substâncias: maconha é corriqueiro. Cocaína, crack Consumo de cerca 3, 4 pedras de crack por dia Faixa etária mais comprometida é de 15 a 16 anos Cerca de 50 casos registrados Envolvidos com pedófilos, prostituição, roubo. O uso das drogas geram comportamentos que agredem diretamente as famílias.</p>	<p>Existe um problema quando pessoas que precisam de desintoxicação são atendidas em pronto socorro porém não são atendidas pelo clínico geral, são encaminhadas para CAPS ou para o psiquiatra, sendo que a desintoxicação deve ser tratada com o clínico primeiramente.</p> <p>O CAPS AD atende a família e os usuários.</p>
Ipeúna	<p>Profissionais não compreendem a redução de danos, não aceitam e acreditam que o tratamento é a abstinência.</p> <p>No caso do adulto geralmente o uso de substâncias inicia-se na adolescência, porém existem adultos que começam na idade madura. Os casos mais recorrentes são de alcoolismo que posteriormente leva ao uso de cocaína e crack.</p>	<p>Entender que a questão da droga no adolescente é secundária, o que realmente é problema são os valores sociais, histórico familiar.</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3

Municípios	Abusos	Ações realizadas
Conchal	<p>Chegam bastante nos ambulatórios de SM e nos PSF os casos de drogadicção</p> <p>Há um aumento da demanda</p> <p>Aumento do número de usuários que viram vendedores</p> <p>Início precoce</p>	<p>Parcerias com o Fórum</p> <p>Grupo de apoio à família</p> <p>Grupo da sobriedade, Amor Exigente, AA/NA</p> <p>No CT tem um psicólogo que faz um assessoramento, faz uma rede</p> <p>Atendimento individual do usuário e da família</p>
Limeira	<p>Há um alto índice de gravidez</p> <p>Sofrimento familiar – grande indignação por parte da família dos usuários com o tipo de tratamento realizado</p>	<p>O psicólogo do CT faz mais encaminhamentos</p> <p>Amor Exigente</p> <p>Instituições religiosas</p> <p>Grupos de apoio AA/NA</p>
Itirapina	<p>Há duas penitenciárias no município e isso aumentou o número relacionado a drogas</p> <p>É muito comum as mulheres engravidarem e usarem as crianças para levarem as drogas (tem mãe que faz a criança engolir, tem criança com drogas na fralda, etc.)</p> <p>Há muitos roubos na cidade perto do dia de visitas</p> <p>Agentes comunitários entram nos presídios com droga</p>	<p>Projeto flor da idade – flor da cidade (com o trabalho de plantação, ganham remuneração)</p> <p>Grupos de apoio a família</p> <p>CRAS</p> <p>Projeto Votorantim</p>

Grupo 4

Municípios	Abusos	Ações realizadas
Cordeirópolis	<p>Crack</p> <p>Álcool</p>	<p>Atendimento ambulatorial</p> <p>Ação Jovem</p> <p>Narcóticos Anônimos</p>
	<p>Crack</p> <p>Álcool</p>	<p>Ação Jovem</p> <p>Narcóticos Anônimos</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Engenheiro Coelho		
Santa Gertrudes	Crack Álcool	Grupo de Apoio. Ação Jovem; Amor exigente; CAPS I

2 - Elaborar planejamento de acolhimento e encaminhamentos.

Grupo 1

Municípios	Acolhimento	Encaminhamentos
Leme	Recebe nos Pronto-atendimentos, PSFs e encaminha-se ao ambulatório especializados...	Trabalho realizado pelo ambulatório DST Aids. Existe todo um levantamento / mapeamento da população. Trabalho conjunto com PSFs; Quando é menor, chama-se os familiares e entra em contato com o Conselho Tutelar. Ambulatório de saúde mental; PM; Escolas; CRAS; CT; PM; Guarda Municipal; Família
Pirassununga	Recebe nos Pronto-atendimentos, PSFs e encaminha-se ao ambulatório especializados...	Serviço de atendimento especializado (ambulatório específico para atender essa população); Ambulatório de saúde mental; PM; Escolas;

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Sta Cruz		CRAS; CT; PM; Guarda Municipal; Família
-----------------	--	---

*Os adolescentes têm saído de casa mais cedo e a família não tem mais controle.
 Saindo de casa ele tem proximidade com as drogas, pois o acesso a droga está muito mais fácil.*

Grupo 2

Municípios	Acolhimento	Encaminhamentos
Rio Claro	Possuir um espaço CAPS que pudesse recolher essas pessoas. Olhar para a pessoa de uma forma diferente, sem colocar a droga na frente do sujeito.	PARCEIROS: Liberdade assistida, CREAS, CAPS, PS Padre exorcista. (anda armado, é amigo do traficante, domina a população). Sua missa é de arquibancada.
Ipeúna	Prestar atenção no contexto em o que este sujeito está inserido, o que apresenta como necessidades, desejos, sua subjetividade. Buscam resposta na religião.	Ipeúna possui apenas encaminhamento para internação. Internações em clínicas particulares.

Grupo 3

Municípios	Acolhimento	Encaminhamentos
Conchal		

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Limeira		
Itirapina		

Grupo 4

Municípios	Acolhimento	Encaminhamentos
Cordeirópolis	No ambulatório	Grupos de Apoio (N.A)
Engenheiro Coelho	Tentativa de acolhimento do PSF Não há estrutura para melhor acolhimento	Grupo de Apoio (N.A)

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Santa Gertrudes	Planejamento de conscientização sobre o uso abusivo. Acolhimento da família	Chega para a assistência social, a qual encaminha para o Grupo de Apoio
------------------------	--	---

DISCUSSÃO DO CASO:

Grupo 1

Os adolescentes têm saído de casa mais cedo e a família não tem mais controle.

Saindo de casa ele tem proximidade com as drogas (lícitas e ilícitas), pois o acesso a droga está muito mais fácil.

Grupo 2

Menino, 14 anos usuário de crack, família vinda do Mato Grosso.

Família pede internação.

Não conseguiram a internação nem com ordem do juiz.

Roubava enxoval que o padrasto vendia.

Se prostituiu com um adulto (pedófilo).

Traficante cobrou dinheiro e a família teve que pagar.

Depois de muita insistência conseguiram internar –lo porém ele fugiu.

Como ele não havia realizado nenhum crime não tinham como detê-lo.

Quando ele cometeu um furto foi colocado na casa escola.

Está na casa escola já alguns meses em abstinência.

Foi preciso um crime para que ele fosse tratado.

Não existe uma lei para tratamento, precisa chegar ao ponto extremo.

Internação X Redução de danos

Programa de reinserção social após reclusão para desintoxicação.

Não adianta afastar tem que conscientizar e acompanhar.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 4

Um usuário de crack, do sexo masculino, procurou auxílio no ambulatório de Cordeirópolis, fez por um tempo acompanhamento com a psicóloga e com o psiquiatra, foi sugerido a ele que freqüenta-se os grupos de Narcóticos Anônimos, mas esse não se adaptou ao grupo.

Após um tempo de acompanhamento resolveu que voltaria a trabalhar, como motorista e parou de ir ao serviço. Um tempo depois recaiu.

Foi procurar auxílio em Santa Gertrudes, no grupo de apoio que existe lá, este é um trabalho voluntário baseado nos 12 passos e é feito tanto para os usuários quanto para os familiares.

Esse grupo de apoio o encaminhou para uma clínica em Araras a qual tem parceria, para uma internação de 9 meses. Atualmente ele saiu dessa clínica e está freqüentando o grupo de apoio.

Assim que saiu da clínica tinha muito medo de sair de casa e voltar a trabalhar, hoje já houve uma melhora, sendo que este tem conseguido sair mais e voltou a trabalhar como motorista, agora conduzindo pessoas às escolas.

Está sem usar nada há 5 meses (ainda freqüenta o grupo de apoio), e tem um total apoio de seus familiares, sendo que estes também freqüentam o grupo de apoio

03-12-10: TURMA II

Objetivos:

A onipresença histórico-social de substâncias psicoativas. Contexto sócio-cultural atual: narcisismo e consumismo. Desconstruindo mitos e representações sociais. Modelos de tratamento da dependência química: abstinência e redução de danos.

Discussão:

Levantamento dos dados acerca dos abusos e as ações realizadas.

Meta:

Elaborar planejamento de acolhimento e encaminhamentos.

MUNICÍPIOS: Capivari/Mombuca

Discutir:

Quais as substâncias psicoativas mais usadas na sua cidade e por que?	Quais as intervenções diante do uso abusivo dessas substâncias?
Capivari / Mombuca <i>Ilícita:</i> Maconha, cocaína, Crack, Cola de sapateiro. <i>Lícita:</i> Cigarros, Álcool, Calmantes (fármacos – diazepam, clonazepam, fluoxetina, rivotril) <i>Motivo:</i> Falta de estrutura familiar (justificativa mais presente no discurso dos participantes do grupo). Fuga da realidade, alguma dor, angústia.	Encaminhamento para o CAPS AD e CAPS II e participação em Oficinas Recurso da Terapia individual ou grupos terapêuticos. Consulta médica (<i>acompanhamento médico</i>) Internação (para) desintoxicação. Dificuldade de pensar em alternativas, por parte dos profissionais de saúde, além dos equipamentos já existentes e protocolos para serem seguidos.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Função de muleta, depressão, surtos, pouca tolerância à frustração, problemas em geral. Não dormir bem. -----	
--	--

II. Participantes do grupo que desejarem poderão narrar casos que envolvam uso abusivo de álcool e outras drogas. O grupo deverá escolher um dos casos narrados para uma discussão que aborde as seguintes questões:

- 1- Quais as situações que poderiam ser evitadas através de ações de promoção e prevenção. Descrever essas ações.
- 2- Quais as dificuldades que você identifica em relação ao usuário de álcool e outras drogas nas ações de tratamento e reabilitação?

Capivari:

- 1-Prevenção: orientação quanto ao uso de bebidas, trabalhos preventivos realizados por equipe de saúde na praça central da cidade.
- 2-Adesão ao tratamento: eles não entendem esse “vício” como algo prejudicial à saúde... falta de apoio da família.

Mombuca:

- 1-Prevenção mais efetiva, o indivíduo “querer” se prevenir, entender a importância da prevenção em saúde.
- 2-Dificuldade em perceber a importância do tratamento, da sua reabilitação e adesão ao tratamento de forma geral.

Grupos 2 e 3 - Piracicaba

Quais as substâncias psicoativas mais usadas na sua cidade e por que?	Quais as intervenções diante do uso abusivo dessas substâncias?
Álcool Crack Cocaína Maconha Justificativas das buscas pelo serviço é a proteção, mas não o tratamento. Muitas vezes, os sujeitos procuram porque não estão se sentindo bem (física ou psicologicamente), mas não tem a intenção de deixar o uso da droga.	No CAPS Ad, há a tentativa de uma psicoterapia antes de se utilizar da internação. Esta é “utilizada” quando o paciente está muito agressivo. A internação é justificada pela família para a busca de momentos de “tranquilidade” embora após a saída, o paciente torne a usar drogas Diante disto, os menores, muitas vezes, são internados compulsoriamente.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 4

Quais as substâncias psicoativas mais usadas na sua cidade e por que?	Quais as intervenções diante do uso abusivo dessas substâncias?
<p>Santa Maria da Serra: Álcool – mais barato Cigarro- mais barato Crack- para o trabalho na cana/mandioca. Medicamentos (diazepan, fenonetina), remédios para emagrecer, Há diferenças nas questões econômicas/grupos.</p>	<p>Tratamento, psicoterapia, encaminhamento pra internação (mais freqüente)</p>
<p>Charqueada: Álcool e drogas em geral, (maconha, cigarro, injetáveis, etc...) Medicações.</p>	<p>Psicoterapia Encaminhamento terapêutico e internações.</p>
<p>São Pedro: Crack, álcool, medicamentos psiquiátricos (anti-depressivos, Ansiolíticos) Cocaína (normalmente consumida em associação com álcool) O crack é uma substancia muito barata, existe em abundancia no município, sendo utilizada, não só mas principalmente, pela população pobre. Os medicamentos psiquiátricos são cada vez mais receitados e indicados, mesmo pra situação que não justifiquem o seu uso. O álcool esta no supermercado e é principalmente usado abusivamente pelos adolescentes. A cocaína é usada por pessoas com poder aquisitivo um pouco maior, mas também por alguns profissionais como motoristas, garçons, etc...</p>	<p>A.A, <i>Al Anon</i>, psicoterapia, internação (encaminhamentos) Todas as intervenções têm como modelo de tratamento a abstinência.</p>
<p>Águas de S. Pedro <i>Drogas (especialmente a maconha, entre jovens e adultos)</i> <i>Álcool (jovens, adultos, idosos), cigarro, cocaína, êxtase, medicamentos psiquiátricos</i> <i>Maioria de usuários é população flutuante.</i> <i>Entre os jovens acaba-se vendo que para não serem excluídos, eles experimentam e fazem parte do grupo (em festas, faculdade, - classe alta).</i> <i>Nos adultos e idosos muitos casos é hábito familiar, a busca da felicidade ou associação com outras doenças. Também é classe média alta.</i></p>	<p>Psicoterapia Encaminhamento para internação em cidades vizinhas em casos extremos Pronto atendimento no PS, a maioria dos casos fica encoberta, não são encaminhados a um tratamento (a cultura da cidade estimula esse tipo de comportamento).</p>
<p>Rio das Pedras: Álcool e Cigarro Crack e cocaína.</p>	<p>Intervenções que visem a abstinência do uso destas substancias, exemplo: grupos</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

II. Participantes do grupo que desejarem poderão narrar casos que envolvam uso abusivo de álcool e outras drogas. O grupo deverá escolher um dos casos narrados para uma discussão que aborde as seguintes questões:

- 1- Quais as situações que poderiam ser evitadas através de ações de promoção e prevenção. Descrever essas ações.
- 2- Quais as dificuldades que você identifica em relação ao usuário de álcool e outras drogas nas ações de tratamento e reabilitação?

Nesse encontro, os participantes do município de Piracicaba, formularam propostas para a Conferência Municipal de Saúde, apresentadas abaixo:

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

7º CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tema central: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROMOÇÃO E PREVENÇÃO AS DOENÇAS.

Sub-tema: A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

SUBSÍDIOS PARA DISCUSSÕES E ELABORAÇÃO DE PROPOSITURAS.

1) Criação de equipes de apoio matricial: 1 médico psiquiatra ou generalista com capacitação em SM, 2 técnicos de nível superior (psicólogo, TO, AS, enfermeiro, etc), auxiliares de enfermagem e agentes redutores de danos. As equipes de Saúde Mental realizam supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, e capacitação.

Apoio matricial da Saúde Mental às equipes básicas (UBS, PSF e UPA), com suporte técnico, co- responsabilização pelos casos (responsabilização compartilhada – não simples encaminhamento)

2) Fomentar práticas promocionais que evitem a psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais comuns à vida cotidiana, e que visem a difusão de uma cultura não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;

3) Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda, etc);

4) Garantir a retaguarda de serviços específicos para a demanda de saúde mental, quando a atenção básica não for suficiente para a resolutividade da demanda. Nesse sentido, implantar/implementar os equipamentos indicados na Conferência de Saúde Mental Intersetorial, ou seja:

Expansão e qualificação dos CAPS:

- Implantação do CAPS III, que possa atender durante 24 horas e garantir internações de curto período, definição de estratégias de atendimento as urgências/emergências;

- implantação do CAPSi, com uma política de saúde mental infanto-juvenil que tome o CAPSi com unidade matricial para a orientação de ações não só de tratamento, mas da promoção da saúde e prevenção dos transtornos, o que implica na constituição de uma rede de atendimento infanto-juvenil composta por escolas, centros de atendimento sócio-educativo, instituições de acolhimento frente o afastamento da criança e/ou adolescente do convívio familiar, instituições para o cumprimento de medidas sócio-educativas de adolescentes autores de atos infracionais (liberdade assistida, semi-liberdade e especialmente instituições de privação de liberdade);

- a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas na consolidação do CAPSad, em consonância com a política nacional existente, que, necessariamente deverá estar articulado com uma rede comunitária de atenção a esses usuários, especialmente os serviços públicos e privados de assistência social.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

- *Aumento das equipes nos equipamentos de Saúde Mental já existente; contratação de Recursos Humanos. Ter equipe garantida nos Ambulatórios de Saúde Mental que propicie o atendimento ambulatorial de crianças, dependentes químicos e pessoas com sofrimento psíquico em geral.*

- *Implantação de leitos de saúde mental e leitos de álcool e drogas em unidades de emergência ou Hospitais Gerais e sua qualificação. Está é a base para um pronto atendimento em situações de crise que exigem um cuidado intensivo e que minimiza a construção de uma identidade estigmatizada, visto os estigmas sofridos na internação psiquiátrica. Nesse sentido, capacitar profissionais do SAMU, da segurança pública (polícia e bombeiros) que geralmente são os primeiros a serem chamados em situações de urgência e emergência;*

- *Adequar acesso de transporte público as unidade de Saúde Mental, enquanto não existem atendimentos territorializados.*

- *Expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos e sua qualificação, com base nos dados do Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, que apontam para a necessidade de implantação de outras Residências Terapêuticas na cidade de acordo com a demanda existente (inicialmente 4 masculinas e 2 femininas). A qualificação desse dispositivo de desinstitucionalização deve garantir o atendimento dos objetivos desse serviço: cuidado e inclusão social, por meio da atenção integral de uma equipe multidisciplinar.*

- *Inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica, visto que a Atenção Básica é a porta de entrada no SUS e as demandas em relação à saúde mental já são expressas (as vezes de forma simbólica) na Atenção Básica. Para isso, é necessária a implementação de NASF'S com enfoque em saúde mental para realizar matriciamento e a preparação de todos os profissionais da Atenção Básica para o acolhimento dessas demandas.*

- *Implantação de Centros de Convivência com equipe própria como espaço privilegiado de inclusão social, visto o acesso indiscriminado aos Centros. Esse espaço pode ser matriciado pelo CAPS II, e deve favorecer sociabilidade, lazer, aprendizados variados, especialmente ligados às expressões artísticas, capacitação profissional por meio de programas de geração de renda e trabalho e também pode ser um espaço que estimule a mobilização de usuários e seus familiares em relação aos direitos sociais de todos.*

- *Parceria da Secretaria de Saúde com Universidades para realização de pesquisa e produção de dados em saúde.*

- *Para a concretização dessas ações voltadas ao direito do usuário ao melhor tratamento do sistema, como preconiza a Lei 10.216, é necessário rever a gestão em saúde no município, para que essa seja realmente uma gestão democrática, e o financiamento em todas as esferas da Unidade Federativa brasileira, visto os entraves burocráticos para esses financiamentos e a necessidade de revisão dos recursos disponíveis para que sejam compatíveis com as necessidades dos serviços.*

5) A partir das demandas dos serviços e da população, definir Redes de Cuidados institucionalizados nos quais sejam garantidas condições para encontros bimestrais com objetivos de:

- a) planejamento de ações em rede;
- b) monitoramento das ações em rede

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

- c) avaliação das ações em rede;
 - d) discussão das demandas de maior ocorrência no sentido de garantir a resolutividade dessas, o que poderá envolver a criação de espaços intersetoriais voltados a tais demandas.
- 6) Por meio de um trabalho coletivo entre Conselho Municipal de Saúde, Secretaria de Saúde e Universidades locais, planejar processos de Educação Permanente em relação a temas definidos pelos profissionais que atuam no Sistema de Saúde;
- 7) Organização dos profissionais da saúde para participação no Conselho Municipal da Saúde, com a finalidade de tentar colocar os problemas do cotidiano dos serviços em pauta para que sejam realmente discutidos. Assim, evita-se encarar as reuniões dos conselhos como uma burocracia ser cumprida;
- 8) Instrumentalizar os conselheiros de saúde, usando a Universidade como espaço de produção do conhecimento.
- 9) Potencialização dos conselheiros locais, por meio da Educação Permanente. Envolver a comunidade nas decisões e mudanças a serem implantadas, instrumentalizando-a para que reivindique o cumprimento de seus direitos, tentando chamar atenção dos gestores para as suas necessidades.
- 10) Garantir espaços formais e informais para a discussão do controle social, com a participação de todos os segmentos / intersetorial.
- 11) Construir espaços dentro do serviço, sempre com os atores possíveis.
- 12) A possibilidade de construção de uma Associação de Saúde Mental, além de comissões locais de saúde (em qualquer unidade de saúde pública)
- 13) Criar mecanismos para a aproximação da saúde das escolas, no sentido tanto da promoção e prevenção como no sentido do cuidado em relação à saúde do escolar;
- 14) Em relação à saúde da criança e adolescente criar o trabalho em rede envolvendo serviços de saúde, escola, família, setores governamentais (ações intersetoriais) e não governamentais (projetos sócio-educativos, abrigos, Fundação CASA) que possam contribuir em especial com a promoção da saúde, tais como esporte e cultura;
- 15) Intensificar as ações em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, com especial destaque à crianças e adolescentes, considerados prioridade na Constituição Brasileira;
- 16) Revisão na política de contratação dos profissionais da saúde, definição de um plano de carreira e revisão das formas de avaliação desses profissionais, priorizando a capacitação e não a punição.
- 17) Criação e implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Piracicaba, que garanta o cuidado físico e mental, portanto deve ser garantido ao menos um profissional da área da saúde mental na composição das equipes. Nesse sentido, garantir a composição mínima de cinco

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

profissionais de nível superior de formações não coincidentes. Poderão compor os NASF os seguintes profissionais: acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e Terapeuta ocupacional;

18) Promover, de forma planejada anualmente, a integração dos serviços com profissionais em processo de formação (cursos técnicos e universidades), buscando superar as deficiências na formação profissional e abrindo espaços para a atuação dos profissionais em serviço;

19) Incentivar ações de educação permanente para todos os profissionais que compõe a Secretaria de Saúde;

20) Manter a política de crescimento do Programa da Família como estratégia para o desenvolvimento da Atenção Básica no município;

21) Criar um programa de cargos, salários e carreira com a intenção de estimular o trabalho e a permanência dos profissionais de saúde dentro do SUS em Piracicaba;

22) Garantir a presença de uma Equipe de Saúde Bucal em todas as Unidades de Saúde da Família;

23) Considerando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC no SUS, promover o desenvolvimento de ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa – MT/MCA, a homeopatia, a acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia.

24) Criar e implementar um Centro de Referência à mulher vítima de violência, por meio de um Programa intersetorial que conte com as ações da saúde, da educação e da assistência.

25) Tendo em vista a implantação do hospital regional, garantir a existência de leitos psiquiátricos e equipe mínima de saúde mental. Conforme a portaria 224/1992;

26) Revisão dos critérios para o abono desempenho que hoje em dia pune o funcionário quando sai de férias, tira licença médica, décimo terceiro salário;

27) Garantir espaços de integração entre as unidades de saúde e as coordenações para discussão das práticas vivenciadas nessas unidades com periodicidade;

28) Garantir condições adequadas de infra-estrutura de trabalho, com manutenção periódica e segurança;

29) Criação de equipe adicional para cobertura de férias e ausência de profissionais da equipe de saúde da família, minimamente composta de médico e enfermeiros.

A construção do sofrimento psíquico do sujeito em seu ciclo vital: infância, adolescência, adulto e idoso.

25-06/02-07/16/07-2010: TURMA I

Objetivos:

Conceituar infância e adolescência. Discutir os riscos da naturalização, universalização e patologização do sofrimento psíquico da criança e do adolescente. Compreender as condições para o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como situações de vulnerabilidade.

Desenvolver estratégias que permitam identificar determinantes do sofrimento psíquico na infância e adolescência, nos diferentes contextos, e garantam a efetivação dos direitos, almejando a construção de políticas públicas direcionadas a essa população.

Estudar formas específicas de construção e manifestação do sofrimento psíquico na idade adulta e na velhice. Desenvolver estratégias que permitam identificar e intervir nos determinantes do sofrimento psíquico, almejando a construção de Políticas Públicas direcionadas a essa população.

Discussão:

Identificação das condições da infância e da juventude na micro-região e os serviços para essa população.

Levantar todos os problemas que são reconhecidos como mentais na criança e no adolescente. Identificar os casos graves e como têm sido trabalhados.

Identificação dos serviços voltados à saúde da mulher e do idoso na região.

Levantar todos os problemas que são reconhecidos como mentais no idoso.

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Questões para reflexão:

A. Identificação das condições da infância e da juventude na micro-região e os serviços para essa população

1. Quais são os motivos mais comuns de encaminhamentos de crianças e adolescentes para a rede de saúde?
2. Quais condutas são realizadas nesses casos?
3. Tendo em vista a noção de que família e rede são constituintes da criança, como se compreende o recebimento das seguintes queixas tais como:
 - a) hiperatividade;
 - b) dificuldade de aprendizagem;
 - c) défict intelectual;
 - d) ansiedade
 - e) depressão
 - f) problemas de conduta

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

4. Tendo em vista a clínica ampliada, quais podem ser as opções de encaminhamento na conduta do profissional da saúde que recebe demandas de problemas como os citados no item 3?
5. Quais opções de intercâmbio entre família, escola, promoção social, saúde básica, comunidades de bairro?

B. Levantamento de todos os problemas que são reconhecidos como mentais na criança e no adolescente

1. Como reconhecer traços de irrupções do desenvolvimento emocional infantil?
2. Quais são os principais problemas de saúde mental dos jovens?
3. Como situar adolescência saudável e não-saudável?

C. Identificação dos casos graves e como têm sido trabalhados

1. Casos graves recebidos de crianças e adolescentes: quais são?
2. Como se tem trabalhado: como se dá o acesso, o acolhimento, existem programas específicos (quais), encaminhamentos?

D. A partir da prática profissional cotidiana dos envolvidos, buscar descrever e compreender como se manifesta o sofrimento psíquico no adulto e no idoso, e quais as alternativas de acolhimento e intervenção possíveis na Atenção Básica.

E. Discutir os casos

Casos:

1- Tiago de 8 anos é encaminhado ao posto de saúde, pois apresenta comportamentos estereotipados em sala de aula. Começa a mexer rapidamente as mãos, de forma a parecer não avaliar o que faz. Os colegas observam com mistura de risos e incompreensão. A mãe não reconhece muito bem "algum problema" no menino, dizendo que "é só na escola que ele fica assim". Já o irmão, que está presente com a mãe na entrevista de triagem, revela que Tiago é assim também em casa, principalmente quando a mãe não está ausente. Quando Tiago vem à consulta, realiza os movimentos o que mostra um comportamento diferente. Moram na casa mãe, Tiago, irmão mais velho de 10 anos, a avó e um tio, na casa dos fundos. A mãe trabalha o dia todo, chegando em casa por volta das 18h. Sustenta todos em casa.

a) Ao receber um caso como esse qual seria sua conduta?

b) Mesmo não sendo um psicólogo, qual seria a imagem da situação que você teria?

2-Rebeca é encaminhada para o serviço de saúde mental, pois apresentou episódios agressivos e com queixa de distúrbio de comportamento, com foco na falta de limites. Após duas consultas com a mãe, o pai é convidado a participar. Quando chegam ao encontro revelam que são portadores de HIV+ e ninguém sabe disso, exceto a família da mãe, uma médica pediatra e agora a psicóloga.

a) Como proceder com a família?

b) Como vocês vêem a família e a situação?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

3-Lisa é uma menina que tentou suicídio aos 6 anos, tomando os remédios de dormir da mãe. Moram em uma casa que está prestes a desmoronar, pois foi construída em local não apropriado. Mãe relata frequentes episódios de “sono sem fim” que é associado a episódios depressivos. Pai fica ausente de casa por dias, não estando presente com frequência. Há outro filho de 12 anos que parece estar envolvido com o tráfico da região.

Síntese dos grupos:

Questões:

A. Identificação das condições da infância e da juventude na micro-região e os serviços para essa população

1. Quais são os motivos mais comuns de encaminhamentos de crianças e adolescentes para a rede de saúde?

Conchal:

Problema de aprendizado;

Agitação, hiperatividade;

Regras/ Limites;

Depressão;

Ansiedade.

Limeira:

Na rede de saúde básica a maior demanda é de puericultura (acompanhamento e avaliação do desenvolvimento normal da criança), porém há também grande procura por alterações nutricionais (obesidade ou baixo peso), anemia, verminoses, doenças febris e problemas comportamentais.

Rio Claro:

Agitação psicomotora;

Distúrbios cognitivos/ aprendizagem;

Dificuldades de comportamento decorrentes do ambiente familiar;

Temores diversos;

Enurese e encoprese de origem não orgânica;

Uso de álcool e outras drogas;

Depressão;

Transtorno alimentar;

Traumas decorrentes de maus tratos (violência)

Santa Gertrudes:

Hiperatividade

Transtornos de conduta

Drogas

Adolescentes grávidas

Transtornos alimentares

Ansiedades

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Ipeúna

Problemas comportamentais. Falta de clientes e necessidade de orientação à pais.

2. Quais condutas são realizadas nesses casos?

Conchal:

Encaminhamento: escola, USF (médico*, enfermeira e ACS – necessidades urgentes)

Acolhimento – preenchimento ficha;

Lista* de espera

Casos graves: atendimento;

Atendimento:

- Avaliação de necessidades e de encontros;

- Encontros

Limeira:

É realizada avaliação do desenvolvimento dessa criança ou adolescente (historia clinica, exames e queixas atuais) e se o mesmo se enquadrar na baixa ou media complexidade é realizado acompanhamento/ tratamento na rede básica, já se for alta complexidade é encaminhado ao "especialista", através do preenchimento de guia de referencia.

Rio Claro:

Acolhimento

Intervenções específicas

Encaminhamentos quando necessário

Acompanhamento familiar - Visita domiciliar quando necessário

Santa Gertrudes:

Psicoterapia breve: individual e de grupo;

Ambulatório

Ipeúna

Orientação à pais, as vezes terapia realizada com esses pais. Atendimento à criança quando necessário.

O trabalho deve ser com a família muitas vezes para a resolutividade do quadro.

3. Tendo em vista a noção de que família e rede são constituintes da criança, como se compreende o recebimento das seguintes queixa tais como:

a) hiperatividade;

b) dificuldade de aprendizagem;

c) défict intelectual;

d) ansiedade

e) depressão

f) problemas de conduta

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Conchal:

Muitas vezes como sendo um sintoma da família, psicopatologização – toda e qualquer dificuldade é tida como problema psicológico e a família transfere a responsabilidade para o profissional de saúde, medicalização: como um imediatismo para resolução do problema – “o remédio resolve o meu problema”

A escola (professores) tem dificuldades para lidar com a heterogeneidade da sala de aula; que pode estar relacionada a componentes emocionais do professor e falta de preparo teórico/ técnico; não conseguem lidar com as limitações e dificuldades do aluno. “Receita para os que são normais.”

Limeira:

É sabido que no caso da USF há um grande vínculo entre a equipe de saúde e a família, quando há um caso as queixas citadas, a equipe (principalmente o ACS) conhece o ambiente dessa criança ou adolescentes, assim há intervenções mais abrangente e se há necessidade de encaminhamento, a “história” desse paciente e família é passado para o profissional que atenderá.

Rio Claro:

a) Quando diagnosticado, deve haver intervenção médica e terapêutica, integração família/ escola e diversos setores.

(b) Responsabilidade primeira do setor educação. A saúde intervém quando as dificuldades acarretam outras conseqüências (insegurança, baixa estima, problemas de comportamento...)

(c) Quando relacionado a deficiência mental é de responsabilidade de setores específicos, como APAE e outros.

(d) (e) e (f) idem ao (a) * Entendemos que a gravidade de determinadas patologias, sugerem atendimento específico. (ex: CAPS infantil)

Santa Gertrudes:

XXX

Ipeúna

XXX

4. Tendo em vista a clínica ampliada, quais podem ser as opções de encaminhamento na conduta do profissional da saúde que recebe demandas de problemas como os citados no item 3?

Conchal:

Encaminhamentos:

- 1) Avaliar a necessidade (não fazer por fazer);
- 2) trocar idéias/ informações com os profissionais/ serviços;
- 3) Acompanhamento dos encontros – Trabalho em rede;
- 4) Orientar a família do motivo/ importância do encontro;

Limeira:

Há profissional (psicólogos) nas unidades de atenção básica (poucos para a demanda existente) ou ambulatório de saúde mental. Também tem instituições específicas para algumas patologias (déficit intelectual, autismo, etc.)

Rio Claro:

Conselho tutelar, Fórum da Vara da Infância e Juventude, CREAS, CRAS, CRIARI, Centro de Habilitação Infantil, Allan Kardec, Delegacia da Mulher, Escolas, Unidades de Saúde. *

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Quando observada a necessidade, os casos podem ser acompanhados simultaneamente em todos serviços responsáveis pela demanda.

Santa Gertrudes:

Primeiramente o profissional se responsabilizar pelo caso e cuidar dos sujeitos envolvidos;
“Investigar” a interação entre os membros da família (entre os seus membros e com o ambiente);
Definir prioridades/necessidades;
Analisar quem precisa de cuidado especial;
Contar com ações integrais/conjuntas com outros setores (Assistência Social, Educação...)

Ipeúna

Quando o caso mais severo, por exemplo: hiperatividade encaminhando para diagnóstico de psiquiatria porém apenas quando necessário.
Normalmente atendimento em família (com pais) resolve bastante a situação.

5. Quais opções de intercâmbio entre família, escola, promoção social, saúde básica, comunidades de bairro?

Conchal:

Família: tem sido difícil; abre mão dos problemas; colabora pouco;
Escola: troca de informações; suporte e em rede;
PS: troca de informações, perfil do profissional; influência;
SB: troca de informações, comportamento e resolutividade;
Comunidade: cada um por si, não existe algo sistematizado, mas tem igrejas, conselho saúde.

Limeira:

O intercâmbio que ocorre atualmente é pontual, ou seja, quando o profissional acha necessário o mesmo liga e / ou manda relatório para o outro equipamento. No caso entre família e saúde básica, acredito o que o intercâmbio seja mais efetivo, pela ação principalmente dos ACS.

Rio Claro:

No momento é deficiente, entretanto seguimos um protocolo de responsabilização.
Há estudos de ampliação para integração dos serviços de saúde e demais setores (intersectorialidade) = Produção de Saúde.

Santa Gertrudes:

NAE (Núcleo de Atenção Educacional);
CREAS;
Comitê de mortalidade infantil;
Conselho Tutelar;
CMDCA;
Planejamento familiar

Ipeúna

Existe ligação da Psicologia com a Promoção Social, visitas domiciliares e intercambio com Escolas e Conselho Tutelar.

B. Levantamento de todos os problemas que são reconhecidos como mentais na criança e no adolescente

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

1. Como reconhecer traços de irrupções do desenvolvimento emocional infantil?

Conchal:

Tendo conhecimento do descobrimento normal e patológico e entendendo o contexto que a criança, adolescente está inserido, bem como avaliando o grau de sofrimento.

Limeira:

Acredito que a primeira questão é não enxergar a criança como um "mini-adulto" e sim vê-lo com todas suas especificidades e peculiaridades, outra coisa é não se limitar apenas à criança, é preciso incorporar a família, seu ambiente e sua historia pregressa.

O conhecimento do desenvolvimento "normal" também é importante, para se saber se o que é manifestado é patológico ou faz parte das mudanças naturais que ocorrem.

Rio Claro:

Dificuldades de relacionamento

Baixa auto-estima ou exacerbação (ego elevado)

Doenças clínicas, neurológicas

Problemas de comportamento

Dificuldades escolares

Dificuldades intelectuais

Santa Gertrudes:

Identificando"o seu ambiente, se este é suficientemente bom, acolhedor para que possa atender as necessidades básicas da criança. Levantamento do contexto que a criança está inserida.

Ipeúna

Através de sintomas, conversa com a criança e família.

2. Quais são os principais problemas de saúde mental dos jovens?

Conchal:

Dificuldade para lidar com regras/ limites;

Conflitos familiares;

DQ;

Ansiedade/ Depressão;

Problemas de conduta;

Limeira:

Ansiedade, depressão e distúrbios alimentares (ex.: anorexia).

Rio Claro:

Maior evidência:

Transtorno alimentar

Uso de álcool e outras drogas

e Idem A-1)

Santa Gertrudes:

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Uso/abuso de substâncias psicoativas;
Transtornos alimentares;
“Transtornos de conduta”; agressividade...
Ansiedade

Ipeúna

Agressividade, falta de limites.

3. Como situar adolescência saudável e não-saudável?

Conchal:

Tendo conhecimento do que é normal e patológico, contextualizando, avaliando o grau de sofrimento e comparando suas dificuldades e seus potenciais (o que tem conseguido realizar).

Limeira:

Acredito que o ponto principal é avaliar se as alterações apresentadas estão de alguma forma afetando a vida do adolescente (escola, relações afetivas, dentre outros).

Rio Claro:

Situações e momentos que comprometam frequentemente a qualidade de suas ações e o desenvolvimento, coloca o adolescente numa posição não saudável.

Santa Gertrudes:

Cada adolescente tem sua subjetividade, não dá para definir uma concepção do que é ser saudável na adolescência. Pode-se pensar que diante de todas as mudanças avassaladoras que um adolescente sofre, o apoio/atenção/cuidado da família e da sua rede social é fundamental para uma melhor adaptação deste ao desconhecido e à sua construção de personalidade.

Ipeúna

Adolescência não saudável se refere a rebeldia exagerada, uso indiscriminado drogas, álcool, etc

C. Identificação dos casos graves e como têm sido trabalhados

1. Casos graves recebidos de crianças e adolescentes: quais são?

Conchal:

- T conduta;
- Violência - física, psicológica e sexual;
- Negligência dos pais/ Abrigamento
- DQ

Limeira:

Psicoses e distúrbios alimentares.

Rio Claro:

Desvio de conduta - Surto psicótico
Maus tratos (violência)
Dependência química

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Transtorno alimentar

Santa Gertrudes:

Drogas

Gravidez na adolescência.

Ipeúna

Hiperatividade. Usuários álcool e drogas.

2. Como se tem trabalhado: como se dá o acesso, o acolhimento, existem programas específicos (quais), encaminhamentos?

Conchal:

CT – geralmente já é “encaixado”, comunicado por outro profissional AS, enfermeira e ACS – “encaixado”. Não existem programas específicos, existem listas de espera!

Limeira:

A UBS ou PSF é a porta de entrada, onde o paciente é acolhido e busca-se avaliar a história e o ambiente do mesmo.

Ao se detectar casos graves, o paciente é encaminhado para triagem na saúde mental.

Rio Claro:

No momento, o atendimento da criança e do adolescente é ambulatorial (CRIARI), os casos de urgência/ emergência (CAPS III) e o desencadear dos encaminhamentos são singulares e seguem os protocolos citados anteriormente (idem A-4), ressaltando a ausência de um CAPS infantil no município, como serviço qualificado e necessário para a demanda.

Santa Gertrudes:

Drogas: triagem - fila de espera – psicoterapia

Gravidez: XXX

Ipeúna

Encaminhamento CAPS Santa Gertrudes, Amor exigente etc.

D. A partir da prática profissional cotidiana dos envolvidos, buscar descrever e compreender como se manifesta o sofrimento psíquico no adulto e no idoso, e quais as alternativas de acolhimento e intervenção possíveis na Atenção Básica.

Conchal:

População (características)	Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados para atendimento	Falhas / limites na atenção e queixa	Alternativas mais efetivas
Adulta	Conflitos conjugais; Dificuldade na educação dos filhos; Queixas somáticas; Afastamento do trabalho;	Atendimento médico; Atendimento psicológico; Encontros para grupos terapêuticos (culinária...)	Lista de espera para atendimento psicológico; Demanda vai toda para saúde (social, educação) que não consegue dar conta e	Acolhimento; Diminuir demora para ter atendimento; Organização da demanda = Melhorar fluxo de atendimento; Leito HG – estigma e convívio com

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Insônia. DQ. Violência; Depressão/ Ansiedade; Problemas sexuais;		desenvolver novos trabalhos com foco na saúde;	família, resolutividade;
Idosa	Conflitos conjugais; Assume cuidados/ educação com dos netos; Queixas somáticas; Insônia. DQ. Violência; Depressão/ Ansiedade; Problemas sexuais; Necessidade de afeto/Atenção = Excesso de consultas médicas;	Atendimento médico; Atendimento psicológico; Encontros para grupos terapêuticos; Grupo Terceira idade; Grupo multidisciplinar;	Lista de espera para atendimento psicológico; Demanda vai toda para a saúde;	Acolhimento; Diminuir demora para ter atendimento; Organização da demanda = Melhorar fluxo de atendimento; Leito HG – estigma e convívio com família, resolutividade;

Limeira:

População (características)	Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados para atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
Adulta	Humor deprimido, perda de interesse, fadiga, idéias suicidas.	Apoio moracional da equipe de atendimento. Atendimento especializado (psicoterapia, tratamento médico.	Pouco profissionais para atender á demanda existente. Referência e contra referencia ineficaz.	Melhor intercâmbio entre os equipamentos de saúde básica e mental. Dispositivo de atividades (grupos, oficinas)
Idosa	Auto-estima reduzida, sono perturbado, idéias de inutilidade.	Idem	Idem	Idem

Rio Claro:

População (características)	Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados para atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
Adulta	Depressão (?) Burnout Alcoolismo Tristeza Isolamento	Escuta adequada no acolhimento. Rede de unidades de saúde com recursos para acolhimento.	Demanda excessiva Escassez de recursos humanos com preparo Falta de capacitação	Ações de promoção e prevenção intersectorial para diminuição de demandas. Credenciamento do NASF. Educação permanente.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Desamparo Insatisfação profissional Insônia ou hipersonia Melancolia Baixa libido Dores crônicas			
Idosa	Tristeza Abandono Demências Isolamento Doenças crônicas Desamparo Dores crônicas Deficiência alimentar Dificuldade financeira Falta de lazer Alteração da imagem corporal Alterações senis	Centro dia do Idoso Grupos da 3ª idade Grupos, como hiperdia Grupos de atividade física	Idem acima Falta de suporte familiar	Implantação do Programa de Atenção Integral à saúde do Idoso. Promoção e prevenção na saúde.

Santa Gertrudes:

População (características)	Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizado para atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
Adulta	Melancolia Ansiedade Fobia Depressão	Acolhimento Psicoterapia Medicação, se necessário.	Des-responsabilização do profissionais Setorialidade dos serviços	Rede social: integralidade Comprometimento do profissional.
Idosa	Idem acima Mais abandono	Acolhimento Psicoterapia Medicação Grupo de idosos (Centro do Idoso)	Idem acima	Idem acima

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Ipeúna

População (características)	Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados para atendimento	Falhas / limites na atenção e queixa	Alternativas mais efetivas
Adulta	Depressão Ansiedade Pânico Auto-Estima Sofrimento persistente de tristeza desânimo ansiedade exagerada problemas familiares	Psicoterapia. Quando necessária psiquiatria.	Dificuldade na interação da família com paciente para auxiliar a melhora. Assistência psiquiátrica no Município.	Quando necessário, visitas domiciliares e agentes comunitários para aproximação da família. Parcerias com promoção social, CAPS, Conselho Tutelar.
Idosa	Depressão Senil Auto-Estima baixa Sentimento de menos valia	Psicoterapia. Quando necessária psiquiatria.	Dificuldade na interação da família com paciente para auxiliar a melhora. Assistência psiquiátrica no Município.	Quando necessário, visitas domiciliares e agentes comunitários para aproximação da família. Parcerias com promoção social, CAPS, Conselho Tutelar.

Conclusões referentes aos Casos:

Caso 1:

Tiago de 8 anos é encaminhado ao posto de saúde pois apresenta comportamentos estereotipados em sala de aula. Começa a mexer rapidamente as mãos, de forma a parecer não avaliar o que faz. Os colegas observam com mistura de risos e incompreensão. A mãe não reconhece muito bem "algum problema" no menino, dizendo que "é só na escola que ele fica assim". Já o irmão, que está presente com a mãe na entrevista de triagem, revela que Tiago é assim também em casa, principalmente quando a mãe não está ausente. Quando Tiago vem à consulta, realiza os movimentos o que mostra um comportamento diferente.

Moram na casa mãe, Tiago, irmão mais velho de 10 anos, a avó e um tio, na casa dos fundos. A mãe trabalha o dia todo, chegando em casa por volta das 18h. Sustenta todos em casa.

a) Ao receber um caso como esse qual seria sua conduta?

b) Mesmo não sendo um psicólogo, qual seria a imagem da situação que você teria?

Conchal:

a- Entrevista (anamnese) com a mãe; (2)

Solicitação de um relatório da escola/ conversa com a professora/ coordenadora;

Psicodiagnóstico com crianças;

Por se tratar de indivíduos estereotipados – encontros para psiquiatria infantil;

Devolutiva para mãe;

Devido ao contexto – a possibilidade de acompanhamento para a mãe;

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

b- Que o sistema da criança está relacionado a dinâmica familiar:

- Ausência do pai;
- Excesso de responsabilidades/ atribuições da mãe, que mal tem tempo para perceber o filho;
- Sintoma da criança como um pedido de socorro para si e para a família;

Limeira:

a- A realizar anamnese, avaliação com a criança e entrevista com a mãe e/ou cuidador. Realizar terapia individual e em grupo e se necessário encaminhar para neuropediatra / pediatra.

b- Que a criança precisa de atendimento, mas que para atingir os objetivos também é necessário conversar e ta luz "tratar" a mãe e seu ambiente.

Rio Claro:

a- Acolhimento com anamnese detalhada do desenvolvimento da criança, desde o nascimento, a dinâmica familiar e informações escolares.

b- Ansiedade, TOC, Violência, Problemas neurológicos, Reflexo de situações do ambiente familiar

Santa Gertrudes:

a- Atendimento familiar

b- Que o garoto não tem atenção necessária da mãe. Esta nem 'enxerga' os ditos comportamentos diferentes que o filho vem apresentando, provavelmente por também não estar bem.

Ipeúna:

a- Atender toda a família, separadamente para ter mais detalhes e por fim o garoto.

b- Nota-se que a mãe é bastante ausente para a criança e esse fator pode ser o desencadeante dos sintomas da criança da mãe para ser visto, ouvido e comparado.

Caso 2:

Rebeca é encaminhada para o serviço de saúde mental, pois apresentou episódios agressivos e com queixa de distúrbio de comportamento, com foco na falta de limites. Após duas consultas com a mãe, o pai é convidado a participar. Quando chegam ao encontro revelam que são portadores de HIV+ e ninguém sabe disso, exceto a família da mãe, uma médica pediatra e agora a psicóloga.

a) Como proceder com a família?

b) Como vocês vêem a família e a situação?

Conchal:

a -Acolhimento;

- Atendimento psicológico ao casal;
- Avaliar necessidades da família e proceder com os devidos encontros;
- Atendimento psicológico ao adolescente;

* Trabalho com o casal a importância de conversar com o adolescente sobre a doença, visto que ela tem manifestado "sintomas/sinais" de que percebe que tem algo acontecendo.

- Sugerir encontro médico para exame laboratorial da adolescente, para verificar se tem o vírus, caso o exame der positivo, providenciar tratamento;

b- A família está sofrendo e precisa de ajuda para se reestruturar e lidar com a situação, que é muito delicada e complexa e precisa de ações em rede.

Limeira:

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

a- Investigar sobre a conduta do tratamento da patologia (HIV) para a família e terapia para os pais.

b- Como uma família desorganizada, "doente" e que está afetando a criança.

Rio Claro:

a e b- Investigar se há acompanhamento clínico em serviço especializado. A patologia da família é discutida e devidamente esclarecida para que todos fiquem informados? A criança está sendo cuidada o seu desenvolvimento normal? Escola, regras, limites, responsabilidades, comportamento (?). * Os profissionais que atendem um caso semelhante precisam estar sempre atentos, pois o comportamento da criança pode não estar unicamente relacionado à patologia.

Santa Gertrudes:

a- A família deverá ser cuidada na aceitação do HIV+, nos cuidados clínicos necessários, no cuidado da relação entre os integrantes da família. Ou seja, um tratamento familiar respeitando todos os níveis de cuidado – intersetorialidade.

b- Os pais não procuram tratamento para si, apenas para a criança. No entanto, se eles não se cuidarem não poderão estabelecer uma boa relação com a filha.

Ipeúna:

a- A falta de limites de Rebeca não tem relação com o fato de ela ser supostamente portadora de HIV.

A orientação aos pais foca-se na colocação de limites à filha, como qualquer outra pessoa.

b- O trabalho será feito com Rebeca para entender como ela sente a dinâmica familiar e orientação aos pais para não tratá-la como doente ou anormal para não se perder o eixo de análise.

Caso 3

Lisa é uma menina que tentou suicídio aos 6 anos, tomando os remédios de dormir da mãe. Moram em uma casa que está prestes a desmoronar, pois foi construída em local não apropriado. Mãe relata freqüente episódios de "sono sem fim" que é associado a episódios depressivos. Pai fica ausente de casa pôr dias, não estando presente com freqüência. Há outro filho de 12 anos que parece estar envolvido com o tráfico da região.

Conchal:

Nesse caso, incluir a criança em atendimento psicológico e psiquiátrico, bem como no C.C. para ter um espaço de recreação e aprendizado de trabalhos manuais.

Compreender melhor "essa ausência do pai".

Compreender melhor esse envolvimento do irmão com o tráfico, incluí-lo no CRA e grupos terapêuticos.

Solicitar ajuda da AS para visita para avaliar melhor a situação e oferecer recursos a essa família.

Oferecer acompanhamento psicológico à mãe em psicoterapia ou grupos terapêuticos.

Limeira

É imprescindível o encaminhamento para o serviço social e contato com a defesa civil.

É necessário tratamento para a família no caso da mãe, além do tratamento psicológico, lhe proporcionar cursos profissionalizantes para produção de renda.

Rio Claro:

Todo e qualquer caso de criança e adolescente que procura um serviço de saúde, necessita do acolhimento dela e de seus responsáveis com o objetivo de juntos (profissionais e usuários) observarem e discutirem intercorrências individuais e da família para o entendimento de suas necessidades e devidas providencias. (intervenções e/ou encaminhamentos)

Santa Gertrudes:

XXX

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Ipeúna:

O ambiente que Lisa vive revela o quadro depressivo da paciente, que iniciou-se aos 6 anos devido a situação precária e hostil que se encontra. Seu teto, sem pai, irmão drogado e mãe depressiva.

A situação familiar extremamente comprometida está desencadeando a tentativa de suicídio de Lisa.

Seria necessário intervenção com Promoção Social, Conselho Tutelar

12-11-2011: A construção do sofrimento psíquico do sujeito em seu ciclo vital: a infância – TURMA II

Objetivos:

Conceituar infância e adolescência. Discutir os riscos da naturalização, universalização e patologização do sofrimento psíquico da criança e do adolescente. Compreender as condições para o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como situações de vulnerabilidade.

Desenvolver estratégias que permitam identificar determinantes do sofrimento psíquico na infância e adolescência, nos diferentes contextos, e garantam a efetivação dos direitos, almejando a construção de políticas públicas direcionadas a essa população.

Estudar formas específicas de construção e manifestação do sofrimento psíquico na idade adulta e na velhice. Desenvolver estratégias que permitam identificar e intervir nos determinantes do sofrimento psíquico, almejando a construção de Políticas Públicas direcionadas a essa população.

Discussão:

Identificação das condições da infância e da juventude na micro-região e os serviços para essa população.

Levantar todos os problemas que são reconhecidos como mentais na criança e no adolescente. Identificar os casos graves e como têm sido trabalhados.

Identificação dos serviços voltados à saúde da mulher e do idoso na região.

Levantar todos os problemas que são reconhecidos como mentais no idoso.

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Questões para reflexão:

D. A partir da prática profissional cotidiana, buscar descrever e compreender como se manifesta o sofrimento psíquico na criança, e quais as alternativas de acolhimento e intervenção possíveis na Atenção Básica.

Grupo 1

Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados para atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
Mudança de comportamento / humor. Perdas de pessoas que possuem	Encaminhamento para CAPS/Ambulatório, sempre com	Poucos recursos centrados nos territórios/ comunidades, como	Formação de rede, pois as atividades ficam isoladas e repetitivas.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

<p>vínculos.</p> <p><i>Por perdas ou luto parental</i> <i>Disputa judicial</i> <i>Tudo que é problema a escola encaminha para mental</i> <i>Baixa auto-estima (gordo, língua presa)</i> <i>Agressividade, hiperatividade</i> <i>Trauma (pai?)</i> <i>Mudança de comportamento</i></p>	<p>acompanhamento centrado na psiquiatria.</p> <p><i>CAPS APAE</i> <i>Ambulatórios (psicólogos, fono, T.O. As)</i> <i>Sem recursos da comunidade</i> <i>Projeto Girassol</i></p>	<p>centros de convivência, centros cultural.</p> <p>Gestor, prefeito</p> <p>Escolas e entidades em geral que preferem encaminhar à ouvir a criança</p> <p>Encaminhamentos ou busca por ajuda tardia, quando o quadro já está cronificado.</p> <p>Abandonar o caso antes do momento certo.</p>	<p>Casos que caem no esquecimento. Disputa judicial, que não contam com acordo do casal e, somente, com a decisão judicial.</p> <p>Identificar pessoas com dificuldades</p>
<p>Mombuca</p> <p>Perda, luto parental, traumas, agressividade, hiperatividade, encaminhamentos da educação.</p>	<p>Encaminhados para terapia com a psicóloga e psiquiatra na Unidade Mista de Saúde, APAE.</p>	<p>Falta de centros de convivências, posturas de profissionais (educação, saúde)</p> <p>Encaminhamentos tardios.</p>	<p>Formação de rede, recursos</p>
<p>Capivari</p> <p>Luto parental, agressividade, hiperatividade, luto prolongado, traumas, mudança de comportamento disputa judicial, evasão escolar</p>	<p>Amb. de Saúde Mental</p> <p>CAPS (retaguarda psiquiátrica)</p> <p>Projeto Girassol</p> <p>APAE</p>	<p>Amb. de Saúde Mental</p> <p>CAPS (retaguarda psiquiátrica)</p> <p>Projeto Girassol</p> <p>APAE Ver tarde para que seja dada assistência</p> <p>A educação quando envia para a SM, o PB já está instalado</p> <p>Postura profissional</p>	<p>Formação de rede.</p>
<p>Elias Fausto</p> <p>Criança que não são compreendidas (sem que haja uma atenção)</p> <p>Perda, luto parental</p> <p>Bullyng</p> <p>Disputa judicial</p> <p>Mudança de comportamento</p> <p>Baixa auto-estima</p>	<p>Setor de Psicologia</p> <p>Sem recursos humanos da comunidade</p> <p>Projeto Guri (que não é da prefeitura, uma ONG é responsável)</p>		<p>Criação de mais recursos para atender os casos</p> <p>Trabalho juntamente com outros setores</p> <p>Trabalho em rede.</p>

Escolher um dos casos abaixo e discutir:

1- Tiago de 8 anos é encaminhado ao posto de saúde, pois apresenta comportamentos estereotipados em sala de aula. Começa a mexer rapidamente as mãos, de forma a parecer não avaliar o que faz. Os colegas observam com mistura de risos e incompreensão. A mãe não reconhece muito bem "algum problema" no menino, dizendo que"

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

é só na escola que ele fica assim”. Já o irmão, que está presente com a mãe na entrevista de triagem, revela que Tiago é assim também em casa, principalmente quando a mãe não está ausente. Quando Tiago vem à consulta, realiza os movimentos o que mostra um comportamento diferente. Moram na casa mãe, Tiago, irmão mais velho de 10 anos, a avó e um tio, na casa dos fundos. A mãe trabalha o dia todo, chegando em casa por volta das 18h. Sustenta todos em casa.

- a) Ao receber um caso como esse qual seria sua conduta?
- b) Mesmo não sendo um psicólogo, qual seria a imagem da situação que você teria?

Mombuca:

- a) maior investigação e ação imediata do PSF, ou seja, trabalho em rede;
- b) b)Tem sofrimento psíquico, ausência materna, olhar contaminado da escola e uma série de questões a serem investigadas.

Capivari:

- a) *idem*

Elias Fausto

- a) investigação maior, ajuda do PSF, olhar mais sofisticado dos profissionais e trabalho em rede
- b) existe sofrimento psíquico, ausência materna, olhar contaminado da escola, série de coisas a serem investigados.

2-Rebeca é encaminhada para o serviço de saúde mental, pois apresentou episódios agressivos e com queixa de distúrbio de comportamento, com foco na falta de limites. Após duas consultas com a mãe, o pai é convidado a participar. Quando chegam ao encontro revelam que são portadores de HIV+ e ninguém sabe disso, exceto a família da mãe, uma médica pediatra e agora a psicóloga.

- a) Como proceder com a família?
- b) Como vocês vêem a família e a situação?

3-Lucas foi “diagnosticado” de Hiperativo pela sua professora em concordância com a diretora da escola. Ambas solicitaram avaliação neurológica. Porém, antes foi encaminhado à psicóloga do posto de saúde. Chegando lá a avaliação da psicóloga revelou uma condição diferente: apesar de agitado e com pouca disponibilidade para concentração, apresentou-se responsivo às propostas da terapeuta. Como podemos avaliar essa situação?

CASO ESCOLHIDO: CASO 1

- a) Buscar mais dados sobre o caso: Quem mora na frente? Quem é a mãe? Quem é o pai? Conversar/ouvir as pessoas que fazem parte da rede de relações da criança. Olhar diferenciado (ampliado) pelos profissionais, trabalhando em rede, principalmente com o PSF.
- b) Existe o sofrimento psíquico, ausência materna, olhar contaminado da escola e uma série de questões a serem investigadas.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupos 2 e 3

D. A partir da prática profissional cotidiana, buscar descrever e compreender como se manifesta o sofrimento psíquico na criança, e quais as alternativas de acolhimento e intervenção possíveis na Atenção Básica.

MUNICÍPIO: Piracicaba

Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados para atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
<p>Distúrbio de comportamento (indisciplina, por exemplo)</p> <p>Comportamento inadequado na escola</p> <p>Dificuldades de aprendizagem</p> <p>Fragilidades de cuidados</p> <p>Falta de envolvimento e proteção dos pais (fragilidade nos cuidados familiares – mecanismos de proteção)</p> <p><i>Ansiedade</i></p> <p><i>Questões sociais interferindo na relação familiar.</i></p>	<p>Ações desenvolvidas no ambulatório infantil:</p> <p>Grupo terapêutico</p> <p>Arte terapia</p> <p>Atendimento Individual</p> <p>Conversa com a escola e também com os pais</p> <p><i>Medicalização dos comportamentos</i></p> <p><i>Atendimento psicológico – CAP i</i></p> <p><i>Acompanhamentos das equipes do PSF com encaminhamento para o CAPS i, por insistência da família.</i></p> <p><i>Reunião de pais</i></p> <p><i>Grupos terapêuticos</i></p> <p><i>Rede de apoio (PSF)</i></p>	<p>Dificuldade de interferir no ambiente familiar, o qual pode estar relacionado com o sintoma que a criança está apresentando</p> <p>Não é possível invadir o espaço em que a criança vive com sua família.</p> <p><i>Falta de recursos humanos.</i></p> <p><i>Intervenção limitada nos aspectos sociais familiares.</i></p> <p><i>Família não aceita abordagem da equipe</i></p> <p><i>Dificuldades de formar rede na educação/saúde.</i></p>	<p>Parecerias entre profissionais da saúde e escola</p> <p>Criação de redes</p> <p>Trabalho em conjunto com a família e escola.</p> <p><i>Respeitar tempo/ limite da família</i></p> <p><i>Fortalecer rede com olhar diferenciado</i></p> <p><i>Respaldo das escolas e esclarecimentos dos professores.</i></p> <p><i>“Ressuscitar técnicas antigas” de aprendizado</i></p> <p><i>Entender o sofrimento</i></p> <p><i>Contenção pelas escolas dos sofrimentos.</i></p>

A psicóloga avaliou potenciais diferentes na criança. Não há relatos do ambiente familiar envolvidos para uma avaliação mais profunda. O diagnóstico deveria ser feito após uma avaliação neurofisiológica, ou de outros modos, realizado por profissional competente, sendo trabalhado por outras vias (não utilizando isso como “mulatas”) O conflito na escola poderia (talvez) ser resolvido ou melhorado após uma conversa/reunião entre psicóloga e professora/diretora e família para entender melhor o contexto e trabalhar de maneira específica para essa criança, respeitando seus limites.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupos 1 e 3

Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados para atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
Distúrbio de comportamento e aprendizagem Fragilidade dos cuidados e cuidadores (mecanismos de proteção) Ansiedade Hiperatividade Questões sociais intervindo na relação familiar	Medicalização dos comportamentos Atendimento psicológico – CAPS Infantil Acompanhamento das equipes de PSF com encaminhamento para CAPS infantil por insistência da família Oficinas de Arte-terapia Reunião de pais Trabalho com as escolas\professores Grupos terapêuticos Rede Social de Apoio (PSF Bairro AAI) – núcleo de equipamentos, desde 2006 – Redes de alívio Atendimentos individuais	Ansiedade da equipe Recusa dos pais em participar do processo Falta de recursos humanos Intervenção limitada nos aspectos sociais familiares Dificuldades de formar redes com a educação\saúde	Respeitar tempo\limite das famílias Fortalecer rede com olhar diferenciado Respaldo das escolas e esclarecimento dos professores Ressuscitar técnicas antigas de aprendizado – o Beabá é um ótimo recurso para aquelas crianças com dificuldades reais de aprendizagem Entender o sofrimento

Grupo 4

Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados para atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
São Pedro - comportamento hiperativo, agressivo, dificuldade de aprendizagem, abuso sexual, maus tratos.	Psicoterapia individual, aconselhamento e orientação aos cuidadores, Neuropediatria, Fonoaudiologia. No caso de dificuldade de aprendizagem psicopedagogia (centro de atendimento psicológico).	Programas que possam fazer acolhimento/atendimento a família, não só com caráter de tratamento, mas principalmente preventivo. Falta de articulação entre os serviços de promoção a saúde. Criação de espaços coletivos para desenvolvimento de atividades culturais, artísticas.	Articulação entre os profissionais e serviços oferecidos pelas secretarias municipais no sentido de atender melhor a criança quanto as famílias, formação de rede.
Águas de São Pedro - dificuldade de aprendizagem, problemas de comportamento (agressividade), hiperatividade, transtorno desafiador opositor(TOD), somatização, <i>bullyng</i> e distúrbio de linguagem.	A escola ou responsável encaminha para atendimento psicológico ou fonoaudiológico ou psicopedagógico. Atendimento psicológico individual/grupal, orientação a unidade escolar, grupo de pais.	A falta de acompanhamento dos pais, ajuda de uma equipe multidisciplinar.	1º momento: escutar a queixa inicial feita pela escola. 2º momento: acolher os responsáveis e fazer uma anamnese do caso. 3º momento: acolher a criança para atendimento psicológico individual ou em grupo.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Rio das Pedras - problemas de aprendizagem, hiperatividade.	Psicoterapia, fonoaudiologia, conselho tutelar	Falta de acompanhamento dos pais, equipe multidisciplinar.	Implantações de equipe de saúde mínima.
Saltinho - problemas de aprendizagem, hiperatividade, problemas de linguagem, distúrbios de comportamento, abuso sexual, isolamento social.	Psicoterapia individual, fonoterapia trabalhando conjuntamente discussões de caso com psicólogo, psiquiatria – discussões de caso, conselho tutelar.	Falta de equipe multidisciplinar, falta de equipe mínima de saúde mental, falta de matriciamento dos funcionários e secretarias (educação/Saúde).	Implantação de equipe de saúde mental, articulação entre profissionais de saúde.
Charqueada - problemas de aprendizagem, hiperatividade, somatização, T.D.H, maus tratos, TOD, abuso sexual.	Avaliação médica psiquiátrica individual, educacional, avaliação psicológica.	Falta de acompanhamento Dos pais, falta de equipe multidisciplinar, falta de espaço.	Brinquedoteca em UBS, casa da criança, pastoral da criança, creche.
Santa Maria da Serra – problemas de aprendizagem, comportamento de transtorno opositor desafiador, hiperatividade, distúrbio de linguagem, abuso sexual, maus tratos, abandono, rejeição.	Avaliação psicológica, encaminhamento médico pediatra, visitas domiciliares com assistente social.	Desinteresse da rede, falta de equipe, impossibilidade de terapia individual, matriciamento.	Trabalhos em grupo, dinâmicas de lazer para envolver familiares com abertura para discussão de temas pertinentes e com matriciamento, brinquedoteca, espaços alternativos de lazer.

Escolher um dos casos abaixo e discutir:

1- Tiago de 8 anos é encaminhado ao posto de saúde, pois apresenta comportamentos estereotipados em sala de aula. Começa a mexer rapidamente as mãos, de forma a parecer não avaliar o que faz. Os colegas observam com mistura de risos e incompreensão. A mãe não reconhece muito bem "algum problema" no menino, dizendo que "é só na escola que ele fica assim". Já o irmão, que está presente com a mãe na entrevista de triagem, revela que Tiago é assim também em casa, principalmente quando a mãe não está ausente. Quando Tiago vem à consulta, realiza os movimentos o que mostra um comportamento diferente.

Moram na casa mãe, Tiago, irmão mais velho de 10 anos, a avó e um tio, na casa dos fundos. A mãe trabalha o dia todo, chegando em casa por volta das 18h. Sustenta todos em casa.

a) Ao receber um caso como esse qual seria sua conduta?

b) Mesmo não sendo um psicólogo, qual seria a imagem da situação que você teria?

2-Rebeca é encaminhada para o serviço de saúde mental, pois apresentou episódios agressivos e com queixa de distúrbio de comportamento, com foco na falta de limites. Após duas consultas com a mãe, o pai é convidado a participar. Quando chegam ao encontro revelam que são portadores de HIV+ e ninguém sabe disso, exceto a família da mãe, uma médica pediatra e agora a psicóloga.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

a) Como proceder com a família?

b) Como vocês vêem a família e a situação?

3-Lucas Foi "diagnosticado" de Hiperativo pela sua professora em concordância com a diretora da escola. Ambas solicitaram avaliação neurológica. Porém, antes foi encaminhado à psicóloga do posto de saúde. Chegando lá a avaliação da psicóloga revelou uma condição diferente: apesar de agitado e com pouca disponibilidade para concentração, apresentou-se responsivo às propostas da terapeuta. Como podemos avaliar essa situação?

Anotações:

Grupos 2 e 3 - Piracicaba

Nesta oficina houve a junção dos dois grupos de Piracicaba devido ao pequeno número de participantes que permaneceram após a palestra da manhã.

Os participantes iniciaram discutindo a questão da medicalização da infância, ou seja, atualmente "confunde-se" os comportamentos que fazem parte da fase do desenvolvimento (agitação, indisciplina, por exemplo) com patologias, pressupondo que a solução esteja na medicação. Os participantes apontam que, muitas vezes, a escola exclui tais alunos "diferentes" e encaminham para os serviços de saúde, enfatizando a "necessidade" de medicalizar o indivíduo para que este retorne a produzir satisfatoriamente em sala de aula.

Os participantes afirmam a importância de se considerar o ambiente /contexto no desenvolvimento da criança e que, muitas vezes, é difícil interferir na dinâmica familiar para que possa solucionar o caso. Dizem que não dá para invadir o espaço dos pais e das crianças "Muitas vezes, os pais não sabem como brincar com os filhos, se aproximar deles, não têm paciência. Eles ficam admirados com a minha paciência em "brincar "(terapia) com os filhos deles". (diz psicólogo CAPS i). "O sintoma é recurso de denúncia" (diz facilitadora).Através do modo como a criança age, ela esclarece a dinâmica dos próprios pais."Não há como trabalhar a criança, sem trabalhar a família" (diz neuropediatra Policlínica).

Neste encontro, houve o relato de uma médica do PSF, a qual conseguiu, juntamente com sua equipe, formular uma rede entre PSF e Escola (e também membros da Pastoral da criança, CRAS, CASE), promovendo através de palestras com a neuropediatra da Policlínica para os professores e também com o atendimento às crianças que apresentavam queixa escolar (vistas como portadoras de uma patologia que impede o desenvolvimento da criança no processo aprendizagem), a conscientização de que nem todos os alunos estão "doentes" e precisam de remédio.A partir disto, houve a diminuição do encaminhamento de queixa escolar para o médico do bairro, pois as professoras aprenderam a diferenciar distúrbio de aprendizagem e questões ligadas à família e à escola.Esta aproximação com a escola teve, além deste, outros benefícios como a escuta das professoras, as quais também são constantemente pressionadas em relação à aprendizagem das crianças.Elas afirmam que o encaminhamento para o médico e a confirmação de que crianças tem um "distúrbio de aprendizagem" justifica o fato desta criança não aprender,e portanto diminui o índice de fracasso escolar, retirando a "culpa" da professora, a qual não perde o bônus recebido no final do ano.A médica do PSF aponta que o trabalho realizado na escola promoveu a aproximação dos profissionais das diversas áreas, possibilitando que ambos conheçam as dificuldades do cotidiano, eliminando a ação de "crucificar e julgar o trabalho do outro". Diante disto, há a necessidade de olhar pra o outro e acolher seu sofrimento.

Algumas observações acerca da rede desenvolvida entre PSF e Escola:

- Os profissionais da Saúde deram os primeiros passos para contatar as demais instituições para o início de um trabalho em conjunto;

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

- Mapeamento dos problemas a serem resolvidos;
- Houve então encontros mensais e, posteriormente, bimestrais entre os representantes das instituições (pastoral, PSF, CRAS CASE) com a finalidade de discutir as ações a se realizar;
- Criação de uma rede de alívio: escuta aos problemas da escola e dos professores.

Outras anotações: Piracicaba

“Há uma fragilidade nos cuidados. Há uma dificuldade na leitura do desenvolvimento/sofrimento das crianças por parte dos pais” Psicóloga do Ambulatório Infantil

“Chega muitos casos que chegam para nós que é a mãe pedindo um calmante para o filho que não para quieto.” Médico do PSF

“Tem escola que faz com que a mãe vá atrás de tratamento para seu filho, pois se não ela será denunciada.” Psicóloga do Ambulatório Infantil

“Eu penso que para falar de Saúde Mental da criança tem sim que falar de ambiente.” Psicóloga do Ambulatório Infantil

“Há questões sociais que interferem na saúde da criança.”. “No PSF não tentamos trabalhar com a questão familiar, mas encontramos cada realidade, a qual não sabemos o que fazer” Médico do PSF

“Na Saúde Mental tem de se levar em conta o inconsciente, tem que esperar o tempo da família.” Psicóloga do Ambulatório Infantil

“A relação com a medicalização é muito complicada. E pensar que se faz tempo que a criança está tomando o medicamento e está piorando, não é do remédio que ela precisava.

No bairro nós temos uma rede de apoio entre universidade e de saúde, escola municipal e estadual, CRAS e Conselho Tutelar, e fizemos um protocolo para os profissionais da educação preencher antes de encaminhar.

Isso nós fizemos sem culpabilizar a escola, nós temos uma rede de encaminhamentos, o caso da criança é discutido.

Não se perde tempo indo até a escola, essa parceria é muito rica pois a escola começou a mudar técnicas para ensinar alunos com problemas de aprendizagem.

Quando abrimos rede, precisa-se olhar para os profissionais da escola pois ele também está sofrendo. A rede serve como alívio para o professor.” Médica do PSF

“Com tanta pressão que o professor sofre, ele adocece.

Eu penso que a escola municipal tem muito mais respaldo” Psicóloga do Ambulatório Infantil

“Não tem como trabalhar com a criança sem trabalhar com a família.

É mais fácil encaminhar para um neuro e não para o Ambulatório Infantil, porque tem mais vagas na nossa rede” Enfermeira

Médica relata que no seu PSF IAA, desde 2006 a equipe formou uma rede de apoio entre a escola, saúde e outras instituições. Surge da saúde essa idéia depois de uma família falar mal de todos os serviços.

Começaram a mapear quais as famílias que eram consideradas problema para todos e passaram a discutir os casos para então cada um trazer seu diagnóstico.

A partir de 5 pontos surgem os nortes e chama-se a comunidade através dos conselhos, cria-se também rede de alívio para o professor.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Questões para a Plenária:

G1 - O que deve ser considerado diante da queixa em relação à criança?

G2 e 3 - Como constituir uma rede de atendimento à criança num território? A partir de uma experiência.

G4 - Como trabalhar preventivamente a violência contra a criança?

19-11-2011: A construção do sofrimento psíquico do sujeito em seu ciclo vital: a adolescência - TURMA II

Objetivos:

Conceituar adolescência. Discutir os riscos da naturalização, universalização e patologização do sofrimento psíquico do adolescente. Compreender as condições para o pleno desenvolvimento de adolescentes, bem como situações de vulnerabilidade.

Desenvolver estratégias que permitam identificar determinantes do sofrimento psíquico na adolescência, nos diferentes contextos, que garantam a efetivação dos direitos, almejando a construção de políticas públicas direcionadas a essa população.

Discussão:

Identificação das condições da adolescência nos territórios e os serviços para essa população.

Levantar todos os problemas que são reconhecidos como mentais adolescente. Identificar os casos graves e como têm sido trabalhados.

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Questões para reflexão:

I. A partir da prática profissional cotidiana, buscar descrever e compreender como se manifesta o sofrimento psíquico no adolescente, e quais as alternativas de acolhimento e intervenção possíveis na Atenção Básica.

Grupo 1

Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados no atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
Capivari: 1) Conflitos Familiares 2) Problemas familiares (pais alcoolistas, agressivos) 3) Preconceitos e estigmas sociais 4) Gravidez na Adolescência 5) Uso de Drogas 6) Falta de perspectiva futura 7) Consumismo 8) Dificuldade de formar vínculos	1) CAPS II 2) CAPS AD 3) Ambulatório de SM 4) Conselho Tutelar 5) Casa de Cultura 6) CRAS – Centro de Referência em Assistência Social. 7) APAE 8) Abrigos 9) Projetos comunitários variados (ex: para problemas de aprendizagem)	1) Desconhecimento da rede 2) Violência doméstica 3) Falta de Lazer 4) Falta de associações de bairro e contato com as que existem 5) Falta de apoio da gestão. 6) Escola não sabe trabalhar com o adolescente. 7) Profissionais de saúde também não sabem lidar com o adolescente.	1) Locais onde o jovem pode ser inserido dentro da comunidade ou grupo que pertença, por exemplo: fanfarras da escola/bairro, Centros Cívicos. 2) Investir na promoção da Cultura e Educação (oficinas, teatros, esportes) 3) Promoção de vínculos do adolescente com a comunidade. 4) Contratação de RH para o serviço público.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

			5) Trabalho em rede. 6) Melhor treinamento dos agentes de saúde.
Elias Fausto: (<i>Idem</i> ao apresentado por Capivari, exceto pelo item <i>consumismo</i>) <i>Violência doméstica</i> <i>Falta de limites</i>	<i>Idem</i> aos recursos de Capivari – itens 3 (Ambulatório de SM), 4 (Conselho Tutelar) <i>Atendimentos no PSF das adolescentes grávidas</i>	<i>Idem</i> aos limites apontados por Capivari nos itens 5 (Gestão) e 2 (Sub-notificação de violência doméstica).	<i>Idem</i> às alternativas propostas por Capivari nos itens 1, 2, 3 e 5
Mombuca: (<i>Idem</i> ao apresentado por Capivari, exceto pelo item Consumismo)	<i>Idem</i> a Capivari nos itens 2 (CAPS AD), 3 (Ambulatório SM + psicólogo), 4 (Casa da Cultura), 7 (APAE), 8 (Abrigos), 9 (Projetos comunitários) + <i>Atividades extra-escolares desenvolvidas pela Educação (esporte e artesanato)</i>	<i>Idem</i> a Capivari nos itens 1 (Desconhecimento da Rede), 3 (Falta de Lazer) e 4 (Falta de associações de bairro e contato com as que existem) + <i>Ausência de Hebiatra na rede.</i>	<i>Idem</i> às alternativas propostas por Capivari nos itens 1, 3 e 5.

Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados no atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
Conflitos Familiares Problemas familiares (pais alcoolistas, agressivos) Preconceitos e estigmas sociais Gravidez na Adolescência Uso de Drogas Falta de perspectiva futura Consumismo Dificuldade de formar vínculos	CAPS II CAPS AD Ambulatório de SM Conselho Tutelar Casa de Cultura CRAS – Centro de Referência em Assistência Social. APAE Abrigos	Desconhecimento da rede Violência doméstica Falta de Lazer Falta de associações de bairro e contato com as que existem Falta de apoio da gestão. Escola não sabe trabalhar com o adolescente. Profissionais de saúde também não sabem lidar com o adolescente.	Locais onde o jovem pode ser inserido dentro da comunidade ou grupo que pertença, por exemplo: fanfarra da escola/bairro, Centros Cívicos. Investir na promoção da Cultura e Educação (oficinas, teatros, esportes) Promoção de vínculos do adolescente com a comunidade. Contratação de RH para o serviço público. Trabalho em rede. Melhor treinamento dos agentes de saúde.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

II. Participantes do grupo que desejarem poderão narrar casos que envolvam a saúde dos adolescentes. O grupo deverá escolher um dos casos narrados para uma discussão que aborde as seguintes questões:

- 1- Quais as situações que poderiam ser evitadas através de ações de promoção e prevenção. Descrever essas ações.
- 2- Descrever a realidade dos adolescentes da sua comunidade e indicar quais das ações acima citadas são executadas no seu trabalho e quais poderiam ser implementadas.
- 3- Quais as dificuldades que você prevê para implementar essas ações com adolescentes?

Grupos 2 e 3

MUNICÍPIO Piracicaba

Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados no atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
	CASAP Pacto CAPSI CRAMI CMDCA Conselho Tutelar CASE/ Recriando Pastoral Da Juventude Projeto Guri Atenção Primária Centro Da Gestante	Falta de capacitação dos profissionais no trabalho com adolescentes; Falta de rede (Dificuldades para a formação de rede); Demanda elevada de trabalho - os profissionais não tem espaço para questionar as práticas cotidianas.	Implementação dos NASF Capacitação dos profissionais da saúde em relação ao trabalho com adolescentes (entender o que eles realmente precisam). Criação de espaços para que o adolescente possa se expressar (e assim criar novas possibilidades de vida)/ Centro comunitário Parcerias com escolas e PSF Persistência na participação no Conselho Incentivo a alternativas e oportunidades, como o esporte. Momento para reunião de equipe (discussão de casos e reflexão acerca das praticas cotidianas) Políticas públicas

II. Participantes do grupo que desejarem poderão narrar casos que envolvam a saúde dos adolescentes. O grupo deverá escolher um dos casos narrados para uma discussão que aborde as seguintes questões:

- 1- Quais as situações que poderiam ser evitadas através de ações de promoção e prevenção. Descrever essas ações.
- 2- Descrever a realidade dos adolescentes da sua comunidade e indicar quais das ações acima citadas são executadas no seu trabalho e quais poderiam ser implementadas.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

3- Quais as dificuldades que você prevê para implementar essas ações com adolescentes?

Grupo 4

Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados no atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
São Pedro: 1) Agressividade 2) Uso de drogas e álcool. 3) Distúrbio de comportamento (transtornos mentais). 4) Desinteresse pelo estudo.	1) Atendimento psicoterápico/psicológico. + 2) Casa da Cultura (oficinas e cursos) 3) Programas de esporte.	1) Falta de rede. 2) As práticas oferecidas não fazem sentido para o adolescente	1) Trabalho em rede (SUS/SUAS/Educação/Esporte/Cultura. Espaços).
Águas de São Pedro: Idem aos itens de São Pedro quanto a: 1) Agressividade e 3) Distúrbios de comportamento e transtornos mentais (ex: Bullying, Transtorno opositor desafiador, Ansiedade. Distúrbios de aprendizagem, Somatização, TDAH)	1) Atendimento psicoterápico/psicológico (grupo).	<i>Pouca participação da família. Aderência irregular aos atendimentos Estigma e rótulos (discriminação, a sociedade impõe muitos diagnósticos) EX: TDAH...</i>	1) Trabalho em rede + 2) Investir na promoção da Cultura e Educação (oficinas, teatros, esportes)
Saltinho: Idem aos itens de São Pedro quanto a: 1) Agressividade, 2) Uso de drogas lícitas e ilícitas, 3) Distúrbios de comportamento e transtornos mentais (distúrbios de aprendizagem, hiperatividade, depressão, transtorno de conduta, depressão) + <i>Violência doméstica</i>	1) Atendimento psicoterápico/psicológico. + <i>Terapia fonoaudiológica, Tratamento psiquiátrico.</i>	1) Profilaxia. 2) Falta da rede.	1) Trabalho em rede.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

<p>Santa Maria da Serra: <i>Idem a Saltinho, excetuando-se o uso de drogas.</i></p> <p>Agressividade Distúrbios de comportamento/transtornos mentais Violência doméstica.</p>	<p><i>Equipe mínima de trabalho (ainda poucas)</i> <i>Planejamento para formar espaços de trabalhos direcionados a grupos.</i></p>	<p><i>Dificuldade na precocidade do diagnóstico psiquiátrico.</i></p>	<p><i>Trabalhos e atividades profissionalizantes.</i></p>
---	---	---	---

II. Participantes do grupo que desejarem poderão narrar casos que envolvam a saúde dos adolescentes. O grupo deverá escolher um dos casos narrados para uma discussão que aborde as seguintes questões:

- 1- Quais as situações que poderiam ser evitadas através de ações de promoção e prevenção. Descrever essas ações.
- 2- Descrever a realidade dos adolescentes da sua comunidade e indicar quais das ações acima citadas são executadas no seu trabalho e quais poderiam ser implementadas.
- 3- Quais as dificuldades que você prevê para implementar essas ações com adolescentes?

Grupos 2 e 3 – Piracicaba

“Eu não consigo enxergar uma perspectiva de intervenção com os adolescentes, porque no Pronto Socorro eu não tenho contato com os adolescentes.” Enfermeira P. Socorro

“Há trabalhos em PSFs com adolescentes, mas focados na saúde, como trabalho com adolescentes que engravidam.” Médico PSF

“Quando a SEMDES tirou as crianças dos semáforos, piorou a violência nos bairros. Os trabalhos não são pensados pelos adolescentes, eu vejo os adolescentes no campo de futebol ou reunidos numa esquina. Eu não estou enxergando saída. Precisava ter um profissional que trabalha e ele construir a rede.”

Psicólogo relata que no Amb. Infantil é mais difícil adolescentes maiores de 14 anos aderirem ao tratamento, então relata a importância do trabalho com menores que essa idade.

Uma idéia dada pelo médico PSF é de levar a proposta para a Conferência, é dar capacitação para alguém que dentro da equipe se interesse em trabalhar com adolescentes e esta pessoa vá a campo trabalhar com essa população.

Enfermeira relata a experiência de parceria entre o CASAP e as escolas, mas que não houve continuidade.

“Todo mundo sabe o que fazer, e porque a gente não faz?” Há uma vaidade tão grande em quem está no poder, que eles tem o direito de determinar quando começa e quando termina” – Médica.

“Eu acho que somos todos responsáveis, a Conferência não funciona porque não acreditamos nela.”

“Nós funcionários públicos estamos acomodados.”

“O que me incomoda, é que não há um grupo que cobre no momento certo e não se perde.” – Médico do PSF.

“Há o NAES, que facilita a realização de cursos de capacitação, mas não pode ser trabalhos pontuais.” – Médico do PSF.

Eles lembram que havia reunião de macroregiões, como uma estratégia que deu certo. Também relatam a importância dos NASFs.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Médica conta um caso: menino de 11 anos na delinquência, sem pais e que a avó também não gostava dele, mas que com o Karatê ele se tornou responsável e conseguiu atenção pela primeira vez.

“Há lugares interessantes em Piracicaba, mas não há adultos de apoio nesses lugares.” Psicóloga do ambulatório infantil. “São crianças que não precisam de saúde.

26-11-2010 - A construção do sofrimento psíquico do sujeito em seu ciclo vital: adulto e idoso – TURMA II

Objetivos:

Conceituar o ser adulto e o ser idoso. Discutir os riscos da naturalização, universalização e patologização do sofrimento psíquico dos adultos e idosos. Compreender as condições da vida adulta e da terceira idade, bem como situações de vulnerabilidade.

Desenvolver estratégias que permitam identificar determinantes do sofrimento psíquico na vida adulta e na terceira idade, nos diferentes contextos, que garantam a efetivação dos direitos, almejando a construção de políticas públicas direcionadas a essa população.

Discussão:

Identificação das condições de vida dos adultos e idosos nos territórios e os serviços para essa população.

Levantar todos os problemas que são reconhecidos como mentais nessa população. Identificar os casos graves e como têm sido trabalhados.

Meta:

Resignificar representações sociais e mitos. Avaliar as ações realizadas com base nos princípios: integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação da comunidade para o efetivo controle social.

Questões para reflexão:

I. A partir da prática profissional cotidiana, buscar descrever e compreender como se manifesta o sofrimento psíquico no adulto e no idoso, e quais as alternativas de acolhimento e intervenção possíveis na Atenção Básica.

Grupo 1

Capivari, Iracemápolis, Elias Fausto, Mombuca, Santa Maria da Serra e São Pedro

	Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados no atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
ADULTO	<p>Capivari: Dependência de especialistas para resolver questões básicas do cotidiano.</p> <p>Sujeitos poliqueixosos, que buscam o serviço de saúde pela ausência de vínculos sociais.</p> <p>Angústia e Solidão derivadas pela busca de modelos ideais.</p>	<p>Utilizar do recurso educativo nas intervenções.</p> <p>Escuta / Acolhimentos.</p> <p>Triagem.</p> <p>Grupos Terapêuticos.</p>	<p>Quando o profissional acaba "contaminado" ou absorvido pela angústia do usuário.</p> <p>Limitações frente às queixas, que implicam em angústias dos próprios profissionais.</p> <p>Falta de preparo de profissionais/patologização.</p> <p>Promover ações mais integradas.</p>	<p>Capacitação com olhar diferenciado.</p> <p>Criação de vínculos com usuários.</p> <p>Atendimento focado na criação de vínculos no território do sujeito, na comunidade.</p> <p>Criação de práticas de tudo aquilo que envolve a saúde (esporte, educação, social e etc).</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

		Escuta e acolhimento	Discurso de patologização dos profissionais.	Criação de vínculos com a comunidade Capacitação com olhar diferenciado.
	Iracemápolis: dependência extrema dos profissionais para resolver seus problemas Falta de potencia, solidão e submissão aos valores sociais.			
	EliasFausto: Depressão, dependência química sem perspectiva de vida Hipertensão Sujeitos poliqueixosos, solidão.	Acolhimento e serviço social PSF Idem acima	O profissional deve ouvir a queixa e direcionar o paciente corretamente.	Idem acima
	Mombuca: ansiedade Depressão Falta de potencialidade do sujeito.	Atendimento terapêutico e clínico Acolhimento e triagem	Falta de atividades culturais e educação em saúde Profissionais capacitados para trabalhar com o sofrimento psíquico do sujeito.	Educação em saúde com atividades efetivas em promoção na saúde, auto estima potencializando o individuo Capacitação profissional espaços para socialização e promoção em saúde.
	Santa Maria da Serra: Mulheres de meia idade			
	São Pedro: Mulheres de meia idade com depressão			
IDOSO	Capivari: Geralmente por algum sofrimento "aparentemente" físico: diabetes, hipertensão, etc... Solidão. Coisas que gostariam de ter feito e não puderam. Perdas parentais. Limitações da idade.	Idem acima. Grupos da terceira idade. Centros comunitários e convivência UBS / CAPS / Ambulatório. Curso para cuidador de idosos	Idem acima. Falta de um olhar diferenciado para o idoso. Desvinculá-lo da posição de impotente, coitado, etc... Ações mais integradas entre os equipamentos.	Idem acima. Cursos para cuidador de idoso existentes no PAT (Posto de Atendimento ao Trabalhador). Mais políticas específicas para o idoso.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Iracemapolis: incapacidade de resgatar o passado Desejo pela morte e dificuldade de superar perdas.	Grupos de viagens, lazer e cultura Grupos de terceira idade.		A família permitir que o idoso faça alguma coisa, reconhecendo seu espaço.
Elias Fausto: idem acima Dependência de medicamentos	Acolhimento PSF, serviço social Grupos terapêuticos, hipertensos e diabéticos Triagem Assistência psicológica	Falta de atenção para essa população	Idem acima
Mombuca: perdas parentais Abandono, solidão e depressão	Idem acima	Educação em saúde potencializando o sujeito	Idem acima
Santa Maria da Serra: Mulheres viúvas (psicóloga do CRAS) Avó assumindo ação materna em relação aos netos Ser questionada pela família sobre o que faz, perdeu a habilidade daquilo que fazia antes.	Grupo terceira idade Reuniões quinzenais.		Oferecer espaços de escolha, de atividades
São Pedro: não há procura de idosos		Os idosos não comparecem aos programas oferecidos	

II. Os participantes do grupo que desejarem poderão narrar casos que envolvam a saúde do adulto ou do idoso. O grupo deverá escolher um dos casos narrados para uma discussão que aborde as seguintes questões:

- 1- Quais as situações que poderiam ser evitadas através de ações de promoção e prevenção. Descrever essas ações.
- 2- Descrever a realidade dos adultos e dos idosos da sua comunidade e indicar quais das ações acima citadas são executadas no seu trabalho e quais poderiam ser implementadas.
- 3- Quais as dificuldades que você prevê para implementar essas ações?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 2

O caso exemplificado pelo grupo aconteceu com um médico do PSF e uma enfermeira do CAPS. II. Este caso demonstra que o PSF é porta de entrada para "pacientes psiquiátricos".

Um homem, 27 anos, "deficiente mental", o qual tem obsessão por celular chega às mãos deste médico acima citado. O pai deste paciente é alcoólatra; a mãe tem depressão ("Se eu pudesse matar meu filho, mataria"). O PSF então tenta entrar em contato com o CAPS. II, mas este recusa o caso, pois a agenda está lotada e não havia como encaixar mais um paciente, considerando que o CAPS. contava com apenas um psiquiatra. Houve então uma persistência do médico até o paciente ser atendido. Após esta ocorrência, os profissionais em questão se encontraram no curso de Saúde Mental e conseguiram equacionar as questões. Houve então uma conversa entre os profissionais e decidiu-se conduzir o caso em conjunto, ou seja, realizar as mesmas ações.

Atualmente estão tentando criar uma rede entre PSF e CAPS para solucionar os diversos casos que chegam em ambos os serviços.

Ações de prevenção e promoção:

Acompanhamento familiar, atenção da equipe de Saúde Mental e o PSF

Articulação (e descentralização) de uma rede entre os serviços;

O profissional deve saber "onde está localizado" dentro da rede e para isso deve acontecer reuniões constante entre os profissionais dos diversos serviços, criando espaços de discussões;

Com a articulação de uma rede, o profissional sabe para qual serviço deve encaminhar os pacientes que chegam até ele.

Dificuldades para implementar as ações propostas:

Dificuldade de encaminhamento entre os serviços;

Os profissionais não conhecem os serviços disponíveis na rede e isto entrava a formação de uma rede;

Existência de rede pontuais, que não tem continuidade, ou seja, dificuldade em abranger um número satisfatório dos serviços em uma rede.

Falta de protocolos que direcione as ações dos profissionais nos diversos serviços, pois a dificuldade está no fato de que cada profissional trabalha de uma maneira diferente.

Anotações

Neste encontro os profissionais de Piracicaba novamente se reuniram em apenas um grupo. Houve a proposição de se discutir acerca de questões que possam ser levadas para a Conferência.

Os participantes estavam bastante envolvidos, pois usaram parte do encontro para tirar dúvidas em relação à legislação do CAPS (tipo de atendimento, equipe mínima necessária), para pensar em reivindicar um CAPS III para a cidade, além de outros serviços como residência terapêutica, CAPS AD e I, os quais ainda não estão credenciados, mais um CAPS II para atender a demanda.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Além disso, O médico do PSF, explicou como será a Conferencia e enfatizou a importância da participação dos profissionais da Saúde e da população. "Nós culpamos o gestor, mas não fazemos a nossa parte "Quando é para alguém ir até lá (pré – Conferencia) ninguém vai!"

Durante esta discussão também apontam as dificuldades nas condições de trabalho, como, por exemplo, os descontos no salário dos profissionais quando entram em férias e também em relação à ausências. Tal situação favorece o processo de adoecimento destes profissionais

Grupo 4

MUNICÍPIO: Santa Maria e São Pedro

	Evidências do sofrimento psíquico	Recursos comumente utilizados no atendimento	Falhas / limites na atenção à queixa	Alternativas mais efetivas
ADULTO	<p>Santa Maria da Serra: Mulheres de meia idade</p> <p>São Pedro: Mulheres de meia idade com depressão</p>			
IDOSO	<p>Mulheres viúvas (psicóloga do CRAS Avó assumindo ação materna em relação aos netos Ser questionada pela família sobre o que faz, perdeu a habilidade daquilo que fazia antes.</p> <p>Não há a procura de idosos</p> <p>Santa Maria: mulheres idosas-viúvas.</p>	<p>Grupo terceira idade</p> <p>Reuniões quinzenais.</p>	<p>Os idosos não comparecem aos programas realizados para eles</p>	<p>Oferecer espaços de escolha, de atividades</p> <p>A família permitir que o idoso faça alguma coisa, reconhecendo seu espaço.</p>

II. Os participantes do grupo que desejarem poderão narrar casos que envolvam a saúde do adulto ou do idoso. O grupo deverá escolher um dos casos narrados para uma discussão que aborde as seguintes questões:

- 1- Quais as situações que poderiam ser evitadas através de ações de promoção e prevenção. Descrever essas ações.
- 2- Descrever a realidade dos adultos e dos idosos da sua comunidade e indicar quais das ações acima citadas são executadas no seu trabalho e quais poderiam ser implementadas.
- 3- Quais as dificuldades que você prevê para implementar essas ações?

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Resposta 1 – grupos da terceira idade (socialização) com liberdade de participação.

1-grupos de terceira idade, viagens, meios para interagir, não isolar o idoso, oferecer espaços de escola, em que se possa refletir sobre a vida. Alias qualquer faixa etária tem que ter um espaço!

II. Os participantes do grupo que desejarem poderão narrar casos que envolvam a saúde do adulto ou do idoso. O grupo deverá escolher um dos casos Sobre a conferência:

L. foi à reunião da Conferência, o único membro do conselho a estar presente. Acha que a Conferência é só para cumprir calendário, por desacreditar.

Relata que a divulgação foi mal feita, formas de divulgação: mala direta, espaços em rádios e no jornal.

Irà ter 2 palestrantes, será dividida em 10 sub-temas, mas acham que não haverá gente suficiente e que os temas não estão definidos.

Enfermeira relata que foi na pré – conferência e que questionou sobre a Saúde Mental e a resposta foi que ela precisava levar um estudo sobre a Saúde Mental no município. Ela deseja saber o que fazer e pensar no dia da Conferência.

Médica indica a proposta de ter equipe mínima nas unidades, já que L. conta que não pode fazer proposta do tipo: “Tem que contratar 10 médicos, 5 T.Os, etc.”

Há questionamento sobre a estruturação dos CAPS III e quais no município são cadastrados.

L. relata que não se candidatará para o conselho porque não tem tempo para se empenhar.

O grupo, no momento da oficina, escolhe relatar um caso que o CAPS II e PSF atendem.

Rapaz de 27 anos com deficiência mental com um quadro obsessivo, ansiedade e agressividade. Pai alcoolista e mãe depressiva.

Mãe relata que se pudesse mataria seu filho, chega ao PSF dizendo que chamaria a TV para fazer uma denúncia, então pede auxílio do CAPS II que também estava cheio de casos e não poderia atender o caso que para o PSF era uma urgência:

Mãe dava medicação errada e queria renovar a receita errada.

O menino já esteve no Centro de Reabilitação.

SUGESTÕES do grupo para o caso:

Dar ocupação ao sujeito, em sua vida deveria ter tido um acompanhamento, teria de haver articulação para atendimento integral.

Médica relata que cada PSF funciona de um jeito, ao invés de seguir as diretrizes que pertencem a um projeto base. Outros profissionais concordam que isso ocorre em suas unidades.

L. relata que quando conseguiram um bom contrato entre PSF e CAPS II, o caso relatado acima conseguiu um melhor encaminhamento.

Questões para a plenária:

G1 - Qual o “lugar” do idoso na saúde, visto que na sociedade ele tem pouco valor como produtivo/consumidor?

G2 e G 3 - Como garantir a qualidade dos atendimentos quando a demanda é grande, os médicos não são flexíveis e a família não colabora?

G04 - Relatam que em cidades pequenas a intersetorialidade é mais fácil de ser feita, de se realizar.

Integralidade, rede social e conquista de direitos.

23-07-2010: TURMA I

Objetivos:

Refletir o princípio da Integralidade e da Intersetorialidade no SUS e sua operacionalização através da construção de redes sociais que utilizem de recursos presentes no território, priorizando a sua articulação com o SUAS.

Discussão:

Identificar as dificuldades para a atuação em rede e as potencialidades da micro-região.

Metas:

Elaborar um itinerário de atuação em rede.

Síntese das discussões

Grupo 1

Municípios	Dificuldades para construção da rede	Potencialidades no território	Itinerário possível
Pirassununga	Dificuldade na referência e contra-referência com a especialidade; Dificuldade intersetorial (APAE – PSF)- fora da área de abrangência; Resistência do paciente em relação ao PSF (atendimento imediato);	Alguns profissionais procuram encontrar pontos de encontro/ bate-papo em outros lugares que não apenas no interior do serviços; Se preocupar verdadeiramente com a situação do outro (empatia)	Buscar parcerias com as escolas, bombeiros, polícias, igreja; Melhorar o acolhimento (entre os usuários e entre os profissionais);
Leme	Falta de comprometimento por parte do profissional (boa vontade); Relação intersetorial; Dificuldade na referência e contra-referência com a especialidade;	Vínculo com a comunidade; Trabalho com a equipe e com as outras equipes (integração);	Melhorar o acolhimento (entre os usuários e entre os profissionais); Buscar parcerias com as escolas, bombeiros, polícias, igreja;

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 2

Municípios	Dificuldades para construção da rede	Potencialidades no território	Itinerário possível
Rio Claro	<p>Problemas com a centralidade do poder na gestão, que muda de 4 em 4 anos não permite que se desenvolva uma rede.</p> <p>Falta de adesão dos funcionários para que a rede funcione.</p> <p>Falta de estratégia.</p> <p>Falta de comprometimento.</p>	<p>Apesar do problema político temos o poder de solução.</p> <p>Estabelecimento de micro-redes</p>	<p>Informatização (prontuário único)</p>
Ipeúna	<p>Desarticulação das duas unidades, PSF e UBS prontuários diferentes, falta de comunicação. Assim como a falta de comunicação com a assistência social, farmácia.</p> <p>Trabalho bastante fragmentado, que lembra a pirâmide.</p> <p>Demandas altas ocasionam um problema de tempo hábil.</p> <p>Não existem reuniões e quando ocorrem as idéias são simplesmente negadas.</p> <p>Rivalidades profissionais.</p> <p>As tentativas de integração da equipe não tiveram sucesso.</p> <p>Não existe diplomacia entre a coordenação, problemas pessoais dificultam a implantação de idéias.</p> <p>Exagero de medicamentos, anti-inflamatórios e analgésicos.</p>	<p>Prontuário único e informatizado.</p> <p>Articulação com o CAPS de Santa Gertrudes.</p>	<p>Tentar fazer uma proximidade entre as coordenações das unidades.</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 3

Municípios	Dificuldades para construção da rede	Potencialidades no território	Itinerário possível
Itirapina	Falta de comunicação; Rede social; Auto promoção com concentração de poder, sentido de posse; Julgamento.	Fortalecimento do vínculo; Convênio com empresas: Senac, Votorantim (adolescentes); Autonomia (em determinados casos, quando se consegue “no jeitinho”	Capacitação; Valorização de funcionários; Reunião em grupos, pois tem caso que abala vários funcionários.
Conchal	Falta de comunicação; Rede social; Auto-promoção Concentração de poder Preconceito, atitude de julgamento, indicação política Relações verticais (resistência) Burocratização.	Adequar a necessidade de acordo com a demanda dos trabalhadores de saúde e usuários; Fortalecimento de vínculos; Autonomia.	Capacitação; Reuniões de grupos, discussões de equipe; Valorização dos funcionários.

Grupo 4

Municípios	Dificuldades para construção da rede	Potencialidades no território	Itinerário possível
Engenheiro Coelho	Relações multidisciplinares e intersetoriais; Capacitação/comprometimento dos profissionais; Desresponsabilização dos profissionais; Vontade política/interesse da gestão.	Descentralização; Grupos de integração social; Disponibilidade de “alguns” profissionais; Espaços de conversa/trocas entre os profissionais.	Matriciamento Ampliação dos espaços de conversa/trocas entre profissionais Possibilidade de capacitação para gestores e profissionais.
Cordeirópolis Santa Gertrudes	Descentralização Grupos de integração social Disponibilidade de alguns profissionais Falta de adesão dos gestores	Descentralização, pois ajuda na proximidade com o usuário. Existência de espaço que propicie trocas profissionais	Ampliação dos espaços de conversa entre profissionais; Apoio matricial Possibilidade de capacitação para todos

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

27-08-2010: TURMA II

objetivos:

Refletir o princípio da Integralidade e da Intersectorialidade no SUS e sua operacionalização através da construção de redes sociais que utilizem de recursos presentes no território, priorizando a sua articulação com o SUAS.

Discussão:

Identificar as dificuldades para a atuação em rede e as potencialidades da micro-região.

Meta:

Elaborar um itinerário de atuação em rede.

Grupo 1

Município	Parceiros atuais	Parceiros necessários	Parceiros potenciais	Para que a parceria?
Capivari	Ambulatório de Saúde Mental CAPS II e CAPS ad CRAS Fórum Sayão Secr. Da Educação Secr. Esportes Saúde Bucal Farmácia Postos de Saúde Serviço Social DST-Aids IEC Municípios vizinhos (Saúde Trabalhador)	Santa Casa (leitos) PSFs Saúde do Trabalhador PAT INSS	Santa casa INSS	Redes de serviços, qualidade do trabalho, responsabilização, agilidade
Iracemápolis	Hospital Regional Sayão Promoção Social CRAS PSF	CAPS I CAPS ad Outras secretarias MUN. ONGs e instituições	Conselho municipal de Saúde Instituições	Potencializam, ?, rede, eficácia

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	PACS	Conselho Municipal de Saúde		
Elias Fausto	Conselho Tutelar Saúde bucal/Esp. Promoção Social S. Social Saúde PSF Casa Abrigo Consórcio Intermunicipal	Secr. Esporte Secr. Da Educação Famílias Saúde Trabalhador Santa Casa ONGs CRAS	Santa Casa Capivari Conselho Municipal de Saúde	Trabalho em rede de serviço Qualidade do trabalho Responsabilidade social do paciente como um todo Eficiência do serviço Potencialização da rede de serviços

II – Identificar as dificuldades para a atuação em rede e as potencialidades do território:

Municípios	Dificuldades para atuação em rede	Potencialidades do território
Capivari	Questões políticas Gestão Falta de pessoal (RH) Falta de material (veículos, etc) Espaço físico (recursos físicos) Espaço para diálogos/capacitação democrática Resistências	Trabalho mais forte em prevenção Cooperativas para geração de renda
Iracemápolis	Questões políticas Gestão Falta de pessoal (RH) Falta de material (veículos, etc) Espaço físico (recursos físicos) Espaço para diálogos/capacitação democrática Resistências Falta de conhecimento do trabalhador, deste conceito, deste modo de fazer Falta de interesse político, do profissional Falta de pessoal de equipamentos	Potencial humano
Elias Fausto	Questões políticas Gestão Falta de pessoal (RH) Falta de material (veículos, etc)	Boa vontade dos agentes comunitários e da Enfermagem

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

	Espaço físico (recursos físicos) Espaço para diálogos/capacitação democrática Resistências Capacitação de funcionários	
--	---	--

Grupo 2

Município	Parceiros atuais	Parceiros necessários	Parceiros potenciais	Para que a parceria?
Piracicaba	PSF UPAM Vila Cristina.	Para a Saúde Mental, há necessidade de estabelecer contato com a atenção básica como um todo (PSF, Pronto socorro, UBS, Hospital). Família dos usuários dos serviços (principalmente em Saúde Mental). Conselho Municipal de Saúde Secretaria de Saúde. Gestores.	Conselho municipal de saúde. Secretaria de Saúde (gestão). Escolas. Serviços de Apoio (Comissões locais, APAE, CRAS, ONGS). Intersetorialidade.	A importância se dá para atender a demanda que chega pelos diversos serviços de saúde. Viabilizar a atividade em rede. Trabalhar com mais tranquilidade de acordo com a competência local. Melhorar qualidade de atendimento nas entidades de saúde. Atender as necessidades com qualidade.

II – Identificar as dificuldades para a atuação em rede e as potencialidades do território:

Municípios	Dificuldades para atuação em rede	Potencialidades do território
Piracicaba	Desconhecimento dos profissionais dos recursos oferecidos pelo município Desarticulação dos serviços de saúde. Houve várias discussões em outros espaços existentes, porém nenhuma atitude foi tomada, nenhuma ação concreta foi realizada. RH (Falta de pessoal). Concentração dos casos na atenção básica, deixando de lado os serviços de Saúde Mental. Falta de equipamento (CAPSIII, CAPS I). Leito em Hospital Geral para Saúde Mental. Rotatividade dos profissionais. Falta comunicação.	

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Grupo 2

I – Quais os parceiros na rede do território em que sua equipe atua?

Município	Parceiros atuais	Parceiros necessários	Parceiros potenciais	Para que a parceria?
Piracicaba	Associação de bairro CEDIC CASVI CAPS AD Ambulatório- V. Cristina Estagiários psi. NASI CAPS II UNIMEP	CRAS- para trazer as reais demandas daquela comunidade. Própria equipe de saúde do município que não sabe utilizar os equipamentos existentes. População (fazer campanhas, esclarecimentos)	Escolinhas de futebol. Casa de Artes. Próprios funcionários. Escolas. Locais para desenvolvimento de atividades que não possam ocorrer no ambulatório de saúde mental.	Traz as demandas necessárias e facilita o acesso a comunidade. Para o encaminhamento médico, exames, vacinas e encaminhamento a setores mais complexos. Para suprir a falta de funcionários, principalmente psicólogos. Hospitais psiquiátricos para referenciar os pacientes recém-admitidos e recém-saídos.

II – Identificar as dificuldades para a atuação em rede e as potencialidades do território:

Municípios	Dificuldades para atuação em rede	Potencialidades do território
Piracicaba	Falta de profissionais, equipe, estrutura física, material. Falta de parcerias (como conseguir). Falta de conhecimento do sistema de saúde pelos usuários e funcionários. Falta de um olhar mais atento do próprio município. Estrutura para os profissionais saírem do local de trabalho e irem até a comunidade.	

Como sugestão, todos deveriam se apresentar, dizer em que setor trabalha e qual o procedimento realizado por esse setor, para que todos os participantes saibam dos procedimentos e possam colaborar com as discussões levantadas. (não foi realizado).

QUESTÃO: A falta de profissionais... Articulação da rede... Falta de recursos...

Como efetivamente podemos levar as discussões da base aos gestores e assim articular a rede?

- Falta de articulação em rede, RH necessário.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

- Efetivação do itinerário de atuação em rede.

Questões dos grupos.

G1 – Como os leitos psiquiátricos de HG se articulam com os outros equipamentos de saúde.

G2 – Como superar as dificuldades para a articulação/ funcionamento da rede.

G3 – O que impede a constituição de parcerias e como superar esse impedimento.

G4 – Como “operacionalizar” uma participação horizontal (encontro/diálogo) entre todos os atores da saúde.

Como garantir “rede”

- Troca de favores.

- Disponibilidade de profissional.

- Relações de proximidade (cidades pequenas).

- Definir atores articuladores.

- Institucionalização das redes informais (CMS, associações de bairro...)

- Preparação dos atores das possíveis redes

O que impede em Piracicaba?

- Tamanho da cidade.

- Nº de funcionários insuficiente.

- Adoecimento dos possíveis parceiros de uma rede.

- Desconhecimento dos “possíveis” parceiros. (o que fazem) – desinformação, problemas de comunicação.

- Conhecimento, envolvimento, interesse, boa vontade dos gestores.

- Frágil participação e poder de deliberação dos CMS nas PP. (também envolve a agenda dos CMS)

- Fragilidade do controle social.

- A ausência de comprometimento individual do profissional.

Anotações:

Considerando que a divisão dos grupos na semana anterior impossibilitou o contato dos profissionais da Atenção Básica e de Saúde Mental, houve uma mescla entre tais profissionais para que a discussão pudesse ser ampliada e de fato, problemas e questões cotidianas pudessem ser levantados. O encontro entre os profissionais pareceu bastante proveitoso, haja vista que a maioria deles não se conhecia e não sabiam como os funcionavam, em termos de encaminhamento de pacientes e como estes chegavam aos serviços, ou seja, por quais “portas” do sistema de saúde. Há então uma proposta para que apresentassem e explicassem como o serviço onde trabalho funciona, afirmando somente desta forma conseguiriam propor um novo caminho. Constituiu-se um clima de uma conversa que parecia ser muito esperada pelos profissionais, principalmente pelo fato de ter a oportunidade de expressar suas angústias e a vontade de operar mudanças.

A discussão girou em torno da descontinuidade dos serviços de Atenção Básica e Saúde Mental apontando para a desorganização do fluxo do paciente nos serviços de saúde, além de abordar também a falta de profissionais no serviço de Saúde Mental para atender a demanda que chega tanto do PSF quanto da UBS.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Diante deste impasse, refletiram sobre a necessidade de se construir mais CAPS II e até mesmo um CAPS III para de fato atender todos os pacientes que procuram o serviço. Como parcerias, destacou-se a necessidade de estabelecer vínculos com o Conselho Municipal de Saúde, inclusive questionaram a ausência dos membros do Conselho neste curso, já que este se constitui num espaço para discutir e tentar solucionar os problemas cotidianos. Um dos médicos do PSF expressa seu descontentamento em relação a encontros como este. Afirma que muitas destas "conversas" nunca chegam realmente a se efetivar e isto torna-se adoeceador para o profissional. Por isso, a presença de um membro do Conselho seria "bem vinda". Uma das médicas do PSF chamou atenção também pela falta dos profissionais pertencentes às UBSs no curso, afirmando que seria inviável apenas 35% dos profissionais da Atenção Básica deliberar decisões sem a presença da maioria e que desta forma não seria possível a construção de uma rede efetiva.

Na fala de muitos dos profissionais presentes, aparece a questão da operação "tapa buraco", ou seja, a maneira que encontram de tentar solucionar os problemas cotidianos, tentando estabelecer vínculos com outros profissionais e assim, encaminhar os pacientes para os demais serviços (principalmente Saúde Mental). Infelizmente, são mal sucedidos devido a falta de profissionais tanto na Atenção Básica quanto na Saúde Mental. Esta tentativa é uma forma de atender "a pessoa que sofre e que vem bater na nossa porta", mas no decorrer da conversa, percebem que esta atitude acaba por "mascarar" os problemas, deixando de lado o direito de reivindicar melhorias junto ao Conselho de Saúde.

Os profissionais pertencentes a Atenção Básica afirmam que muitos casos se concentram neste setor e a Saúde Mental torna-se uma alternativa difícil de ser alcançada, já que os encaminhamentos para este serviço retornam para a atenção básica. Já os profissionais da saúde mental se "defendem" dizendo que a demanda que chega até eles muitas vezes não é condizente com o serviço, sem contar que não há profissionais suficientes para atender "essa" demanda.

No final da discussão, chegaram a conclusão de que o problema a ser discutido e resolvido era a falta da construção e articulação da rede entre os diversos serviços de Saúde, a falta de funcionários para atender a demanda e a necessidade de "ir adiante" e efetivar as propostas que foram e serão discutidas no curso.

Grupo 3

Município	Parceiros atuais	Parceiros necessários	Parceiros potenciais	Para que a parceria?
Piracicaba	Associação de bairro Cedic Casvi CAPS Ad Ambulatório- V. Cristina Estagiários psi. Nasi CAPS II	CRAS – para trazer as reais demandas daquela comunidade. Própria equipe de Saúde do município que não sabe utilizar os equipamentos existentes. População (fazer campanhas, esclarecimentos)	Escolinhas de futebol Casa de Artes Próprios funcionários Escolas Locais para desenvolvimento de atividades que não possam ocorrer no Ambulatório de Saúde Mental.	Traz as demandas necessárias para facilitar o acesso à comunidade. Para encaminhar ao médico, exames, vacinas e encaminhamentos a setores mais complexos. Para suprir a demanda de falta de funcionários, principalmente psicólogos. Hospitais psiquiátricos para referenciar os pacientes recém-admitidos e recém-saídos. Por não ter psicólogos no ambulatório (V. Cristina)

II – Identificar as dificuldades para a atuação em rede e as potencialidades do território:

Municípios	Dificuldades para atuação em rede	Potencialidades do território
	Falta de profissionais, equipe, estrutura física, material. Falta de parcerias (como conseguir).	

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Piracicaba	<p>Falta de conhecimentos do Sistema de Saúde, pelos próprios usuários e funcionários.</p> <p>Falta de um olhar mais atento dos próprios municípios.</p> <p>Estrutura para os profissionais saírem do local de trabalho e irem até a comunidade.</p>	
-------------------	--	--

Grupo 4

Município	Parceiros atuais	Parceiros necessários	Parceiros potenciais	Para que a parceria?
Águas de S. Pedro	<p>Secretaria do desenvolvimento social Pró -Santa Casa</p> <p><i>Secretaria da Educação (creche)</i> <i>Conselho Tutelar</i> <i>Secretaria de Desenvolvimento Social</i> <i>Entre os diferentes setores da saúde</i> <i>Pró Santa Casa</i></p>	<p>Equipe mínima de Saúde mental SAMU</p> <p><i>Santa Casa</i> <i>Alguns tipos de médicos especialistas</i> <i>Equipe mínima de saúde mental</i> <i>SAMU</i></p>	<p>CAPS Piracicaba (área da Saúde mental) <i>CAPS</i> <i>Piracicaba na área de saúde mental</i></p>	
Rio das Pedras	<p>Secretaria do desenvolvimento social <i>Secretaria do Desenvolvimento Social</i> <i>Conselho Tutelar</i></p>	<p>Parceria com a Secretaria da educação Saúde odontológica <i>Secretaria de Educação</i> <i>Parcerias para ações educativas para o trânsito e saúde bucal</i></p>		
Saltinho	<p>Pró-Santa Casa Secretaria da Educação Fundo Social Conselho tutelar Saúde bucal Secretaria de saúde</p>	<p>Departamentoda Saúde Departamento da Educação</p> <p><i>Secretaria de Educação</i></p>	<p>CAPS Rio das Pedras CAPS Capivari</p> <p><i>CAPS de Rio das Pedras</i></p> <p><i>Rio das Pedras</i></p>	<p>Eficácia Integralidade Interlocação</p>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

			<i>Capivari Piracicaba</i>	
São Pedro	Secretaria da saúde com apoio de outras secretarias <i>Com outras secretarias, principalmente educação, esporte, desenvolvimento social Omas?(SUAS)</i>	Departamento Social <i>Desenvolvimento social Pró Santa Casa</i>	Secretaria da educação Piracicaba (Saúde mental) <i>Piracicaba Saúde Mental</i>	
Charqueada	Santa Casa Conselho tutelar Serviços de ações sociais Educação Transporte Meio Ambiente	Parceria com CAPS de outras regiões com estrutura compatíveis	Piracicaba (Saúde Mental) <i>Secretaria de Educação</i>	
Santa Maria da Serra	<i>Parceria informal com secretaria de obras</i> <i>Parceiros atuais: Pró Santa Casa Secretaria de obras: Sócio-educativo (informal) Serviços à comunidade Secretaria Saúde (formal) Para adolescentes (sócio-educativo) Serviço Social com educação municipal (formalizado) Conselho Tutelar Abrigo (São Pedro)</i>	<i>Parceria com o departamento Jurídico (prefeitura) Poder Judiciário (auxiliar na elaboração de projetos) Delegacia de Ensino (para escola estadual) Secretaria de Educação Departamento Jurídico da prefeitura</i>	<i>Piracicaba</i> <i>Obs. Criar uma agenda mínima de saúde mental</i> <i>Secretariada educação</i>	<i>Saúde Mental</i>

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

II – Identificar as dificuldades para a atuação em rede e as potencialidades do território:

Municípios	Dificuldades para atuação em rede	Potencialidades do território
Águas de s. Pedro	<i>Falta de interesse político Falta de comunicação entre os gestores e a equipe</i>	<i>Troca de serviços entre os municípios vizinhos, maior proximidade com a demanda (município pequeno)</i>
Rio das Pedras		
Saltinho	<i>Falta de estabelecimento de pactuação Falta de comunicação/interlocução com gestor Falta de matriciamento entre Departamentos Falta de vontade política</i>	<i>Proximidade entre municípios vizinhos Proximidade entre os profissionais e população</i>
São Pedro	<i>Falta interesse político Falta de comunicação e integralidade dentro dos serviços</i>	<i>Existe a potencialidade do território, mas por fatores políticos não funciona na maioria das vezes</i>
Charqueada	<i>Falta de interesse político Falta de comunicação entre gestores e profissionais Falta interação entre os setores Profissionais dispersos nas áreas</i>	<i>Conhecimento da demanda Facilidade de acesso aos territórios</i>
Santa Maria da Serra	<i>Falha na comunicação Falta de interesse político Falta interlocução do gestor com o trabalhador</i>	<i>Proximidade entre os serviços</i>

Anotações:

Grupo 3

O grupo se inicia com a discussão sobre a mudança ocorrida na estrutura do grupo, onde o objetivo da troca com o grupo da Carol era a mesclar as diferentes serviços, porém não veio ninguém para esse grupo e foram três para o outro grupo.

CAPS II – diz que alguns parceiros tem que se conhecer mais. Tem que se reunir para se conhecer melhor.

-A rede funciona apenas como fonte de encaminhamento.

PSF – Médica: relata que há um problema que é o serviço estar centrado no médico, seja qual for o equipamento.

-O CAPS deve repensar o seu papel, não deviria voltar mais para os usuários, pois há um a família em sofrimento atrás desse indivíduo

-Sou a favor da deshospitalização, mas é preciso que o usuário tenha suporte fora do hospital, para ele e sua família - ele recebe suporte no hospital.

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

- Eu sou avaliada pela quantidade de atendimentos e não pela qualidade, e os gestores explicam que há uma falta de recursos

-Rotulações – trabalhamos apenas com diagnóstico.

-O saber precisa ser reciclado – até mesmo que seja por obrigação.

-A nossa linguagem tapa a realidade.

-“Na nossa realidade, somos objetos de parceria”

CAPS II – Tem indivíduos que vão até o CAPS apenas para passar pelo médico, só para o diagnóstico. Não participam de nenhuma atividade (oficinas, etc).

PSF Médica– Eu excluo você quando eu ti dou o diagnóstico de esquizofrênico, porque eu tiro você do meu atendimento e se há um esquizofrênico com dor de cabeça isso tem que ser tratado no CAPS

-Saímos da faculdade sem ferramentas para lidar com esse paciente.

CAPS i (Ambulatório Infantil) – Somos referências para todos que trabalham com crianças e adolescentes

-Há muita demanda e pouca resolutividade. –“Melhorou, pode ir para a casa” (as equipes são muito pequenas, não há psicólogo no PSF (V. Cristina), apenas estagiários da Unimep, que mudam todos os anos, então os novos estagiários tem de conhecer as histórias, estabelecer vínculos, e saem depois de um ano).

CAPS ad – Acolhemos a família e individual, mas só o mínimo de paciente que tem essa chance.

-Temos profissionais para atender Piracicaba inteira.

PSF – A população se apegou nos conceitos da OMS de saúde, Qualquer desconforto que eu tenho preciso marcar uma consulta e resolver isso

-Os profissionais se apoderam da saúde dos outros, se vêem na obrigação de dizer o que o outro deve ou não fazer com a sua saúde. / Por que eu uso drogas?Porque eu quero ser feliz...

CAPS i – Tudo vai para a Saúde Mental, parece que vamos salvar a realidade.

CAPS II - Precisamos de mais psicólogos na educação.

CAPS ad – É ideal sairmos para atender outras demandas, mas não temos uma equipe que de conta disso

CAPS II – Eu não sei até que ponto a população participa ou pode participar (isso surge quando é questionada quem são parceiros potenciais, e ela responde que a população é)

PSF – Médica -O serviço é cobrado pelas vias da quantidade de atendimentos, então não há tempo para fazer as parcerias – Como desconstruir isso?Que tempo eu encontro para ir até aquela escola para conversar com a coordenação e para olhar para aquele garoto com 32 graus de miopia e é mandado para ambulatório por ser considerado alguém com problemas para se relacionar?

-Você não tem claro que quando ocorre isso para onde encaminhar esse paciente.

-Prevenção e promoção deveria ser a minha base de trabalho, já que essa é a definição de PSF.

CASVI – O nosso trabalho é bem diferente do de vocês, nós fazemos promoção e prevenção de saúde. Corremos atrás de parcerias e na maioria das vezes somos bem recebidos, até mesmo quando firmamos parcerias com bares nos bairros.

CAPS i (Ambulatório infantil)-Se a equipe se fortalece não precisa mais atuar com as regras que são impostas- força política.

-A falta de um gestor faz nos sentir desprotegidos.

As discussões só acabaram porque o tempo se esgotou e precisava encerrar a discussão

Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Básica

Questões para a plenária:

G1 - Como os leitos psiquiátricos em hospitais gerais se articulam com os outros equipamentos? (grupo 1)

G2 - Como superar as dificuldades de construção e funcionamento da rede? (Grupo 2)

G3 - O que impede a constituição de parcerias e como superar este impedimento?(grupo 3)

G4 - Como operacionalizar uma participação horizontal (encontro/dialogo) entre todos os atores da saúde?(grupo 4)

Diante destas colocações decidiu-se discutir a segunda e a terceira questão, pois sintetizam a discussão apresentada na palestra e parecia ser a mais urgente. E assim foram formuladas as seguintes questões.

Por que Piracicaba não consegue constituir um espaço de aproximação e a construção de uma rede?

Fatores que impedem:

- Tamanho da cidade
- Números de funcionários insuficientes
- Desconhecimentos dos possíveis parceiros (desinformação, falta de comunicação etc.)
- Adoecimento dos possíveis parceiros
- Frágil participação e poder de deliberação do Conselho Municipal de Saúde (envolve também a agenda dos C.M.S)
- Fragilidade de controle social
- Ausência de um comprometimento individual do profissional

Fatores que favorecem a construção de redes

- Troca de favores
- Disponibilidade do profissional
- Relações de proximidade
- Conhecimento, entendimento, boa vontade dos gestores
- Definição de atores articuladores
- Institucionalização das redes informais envolvendo Conselho Municipal de Saúde
- Preparação dos atores das possíveis redes

Houve, durante a plenária, a participação de boa parte dos profissionais, expressando a disponibilidade e a vontade de realmente construir uma rede e assim melhorar o atendimento nos serviços de saúde do município.